

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

จิรวรรณ นาคะปักสิน¹ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)

มยุลี สำราญญาติ² ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช³ ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)

บทคัดย่อ: การวิจัยดำเนินการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต ผู้ร่วมวิจัยคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับรักษาก่อนใช้และขณะใช้แนวปฏิบัติ 51 และ 45 คน 2) พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 14 คน วิจัยดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) การใช้แนวปฏิบัติ และประเมินผลใช้รอบแนวคิดของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ผลการวิจัยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ และมีการประเมินคุณภาพโดยเครื่องมือ AGREE II อยู่ในเกณฑ์ดี ทุกด้าน (ร้อยละ 80.55 ถึง 91.66) มีการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติครอบคลุม ทั้ง 6 หมวด อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.70 ถึง 92.90) ส่วนการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่ากลุ่ม ขณะใช้แนวปฏิบัติได้รับการประเมิน การดูแลป้องกัน และการจัดการภาวะช็อกสูงกว่ากลุ่มก่อน ใช้แนวปฏิบัติทุกด้าน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สำหรับพยาบาลในการนำไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสีย สารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตได้

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 120-139

คำสำคัญ: ช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ การป้องกันและจัดการช็อก การพัฒนาและใช้แนวปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ผู้ป่วยวิกฤต

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: jirawan.nakapaksin@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 2 มีนาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤษภาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 17 พฤษภาคม 2566

Development and Evaluation of Clinical Nursing Practice Guidelines Implementation for Hypovolemic Shock Management Among Critically Ill Patients

Jirawan Nakapaksin¹ M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)

Mayulee Somrarnyart² Ph.D. (Nursing)

Chiraporn Tachaudomdach³ Ph.D. (Nursing)

Abstract: This implementation research aimed to develop and evaluate the clinical nursing practice guidelines (CNPGs) implementation for hypovolemic shock management among critically ill patients. The participants included: 1) all surgical critically ill patients (older than 18 years) who were admitted to the intensive care unit before and during the implementation of CNPGs (51 and 45 participants, respectively), and 2) 14 nursing personnel who utilized CNPGs. The implementation research process comprised two phases based on the framework proposed by the Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC). The first was to develop CNPGs for hypovolemic shock management among critically ill patients, and the second was the use of CNPGs and to assess the CNPGs implementation process. Results showed that the CNPGs for hypovolemic shock management among critically ill patients comprised six categories: 1) protection of patient rights and ethics, 2) educating nurses about hypovolemic shock, 3) patient care for hypovolemic shock prevention, 4) management of patients with hypovolemic shock, 5) continuous care for patients, and 6) improvement of quality of care. The CNPGs were approved with good quality for all components by AGREE II (80.55–91.66%). Moreover, most of the nursing personnel strongly agreed on the feasibility of the CNPGs implementation covering the six categories at a high level (85.70–92.90%). All participants in the CNPGs implementation group were assessed showing that scores of, prevention, and shock management were higher than those in the before–CNPGs implementation group. The results of this study revealed that the developed CNPGs are appropriate for nurses to implement to improve the quality of hypovolemic shock management among critically ill patients.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 120–139

Keywords: hypovolemic shock, prevention and management of shock, development and implement guideline, clinical nursing practice guideline, critically ill patient

¹ Graduated Student in Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; Corresponding author, E-mail: jirawan.nakapaksin@gmail.com

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

Received Mar 2, 2023; Revised May 16, 2023; Accepted May 17, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย (hypovolemic shock) เป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเลือด/สารน้ำในการไหลเวียนลดลงอย่างรวดเร็ว จนปริมาตรไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย¹ หรือมีการรั่วซึมออกจากหลอดเลือดไปสู่เซลล์สาเหตุเกิดจากการบาดเจ็บของร่างกายเนื่องจากอุบัติเหตุ การได้รับการผ่าตัด ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอ ส่งผลต่อร่างกาย ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติและเสียหายที่ เช่น เลือดไหลเวียนไปปอดลดลง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ ส่งผลให้ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน² ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการแก้ไข หรือการรักษาทันทีจะทำให้เสียหน้าที่ของอวัยวะหลายระบบในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือเป็นผู้รอดชีวิตที่มีการสูญเสียหน้าที่บางอวัยวะอย่างถาวร^{1,2} ซึ่งเห็นได้ว่าภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายเป็นปัญหาที่สำคัญต่อชีวิต

อุบัติการณ์ของภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายยังพบได้บ่อยโดยเฉพาะที่เกิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมซึ่งพบอัตราการเกิดภาวะช็อกถึง 0.30 ถึง 0.70 ต่อผู้ป่วย 1,000 คนภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย มีสาเหตุจากการเสียเลือดมากที่สุด พบมากในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ³ โดยเฉพาะการบาดเจ็บหลายระบบ ทำให้เกิดการสูญเสียสารน้ำในร่างกายที่เป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต² สอดคล้องกับรายงานสถิติของการเกิดภาวะช็อกที่เกิดจากการเสียเลือดในผู้บาดเจ็บทั่วโลกและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ หากคำนวณจากผู้เสียชีวิตมากกว่า 6 ล้านคน พบว่ามีการบาดเจ็บจากการ

เสียเลือดที่ไม่สามารถควบคุมได้คิดเป็นร้อยละ 20⁴ ส่วนในประเทศไทยโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบมีผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.39, 9.07, 7.57 และ 7.69 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดและได้รับการวินิจฉัยแยกโรคที่ล่าช้า⁵ ดังนั้นจึงมีความสำคัญในการดูแลป้องกันและการจัดการแก้ไขอย่างถูกต้องรวดเร็ว

ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต การจัดการภาวะช็อกนี้จึงมีความสำคัญต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วถูกต้อง โดยอาศัยการให้การรักษาของแพทย์และพยาบาลมีบทบาทร่วมประสานการทำงาน ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุมปัญหาผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญคือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกและการจัดการแก้ไขภาวะช็อก โดยเริ่มจากการประเมินสัญญาณชีพ ความเสี่ยง เมื่อพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที และดูแลก่อนการได้รับการรักษาของแพทย์ ซึ่งการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อกนี้ จำเป็นต้องเน้นการประเมินติดตามและการป้องกันที่ดี ทำให้ตรวจพบอาการที่ผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและทันเวลา⁶ และเมื่อเกิดภาวะช็อกแล้ว พยาบาลมีบทบาทในการจัดการแก้ไขภาวะช็อกที่สำคัญคือ การดูแลให้ได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ การดูแลให้สารน้ำทดแทน⁷ การดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน⁸ การดูแลให้ได้รับยา⁹ และการดูแลให้ได้รับการพยาบาลด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การแก้ไขที่สาเหตุของการเสียเลือดเบื้องต้น¹⁰ การดูแลทางเดินหายใจ การจัดท่านอน⁶ การติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา

เฝ้าระวังติดตามประเมินผลหลังได้รับการรักษาเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง¹¹ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลป้องกัน แก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้องครอบคลุม และรวดเร็ว

ในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและเกิดภาวะช็อกแล้ว ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติที่เกิดจากกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การประเมินติดตามความเสี่ยงการเกิดภาวะช็อกที่ไม่ครอบคลุม หรือมีความล่าช้าในการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการแก้ปัญหาเบื้องต้นที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการหมุนเวียนของพยาบาลที่จบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานซึ่งมีประสบการณ์น้อย ขาดทักษะเรื่องการประเมินในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความไม่ชัดเจน และไม่มีความมั่นใจในการตัดสินใจรายงานแพทย์¹² ส่งผลไปถึงเรื่องของการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การดูแลตัดสินใจให้สารน้ำ/เลือด การพิจารณาปรับระดับยาตามการตอบสนอง รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับแพทย์ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่มีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาล รวมทั้งปัญหาเรื่องการทำงานเป็นทีมของแพทย์และพยาบาล เช่น ในเรื่องของการสื่อสารเพื่อรับคำสั่งแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น¹³ จากปัญหาในการปฏิบัติดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยด้วย

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหลักในการในการปรับใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถช่วยแก้ปัญหา ยืนยันเชิงวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดคุณภาพในการบริการ โดยมีเครื่องมือสำคัญในการเชื่อมโยง คือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเป็นแนวทางในการตัดสินใจโดยใช้การบูรณาการความรู้ วิจารณ์ญาณ และความชำนาญในการดูแล

ผู้ป่วยที่เฉพาะเจาะจง ยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ลดค่าใช้จ่ายและสามารถปรับปรุงคุณภาพการบริการ¹⁴ ดังนั้นการใช้แนวปฏิบัตินี้จะทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลายได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต พบว่ามีเฉพาะแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่¹⁵ และแนวปฏิบัติทางคลินิกในการรักษาโดยการให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด¹⁶ เป็นต้น ซึ่งไม่ครอบคลุมแนวปฏิบัติการพยาบาลในเรื่องการป้องกัน การจัดการแก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำโดยตรง นอกจากนี้แนวปฏิบัติที่พบส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติของสหสาขาวิชาชีพ ที่ไม่ได้สะท้อนบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติ นี้โดยเน้นเนื้อหาการปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลอย่างสมบูรณ์ เพื่อให้การดูแลรักษาไปในทิศทางเดียวกันและรวดเร็ว โดยมีสาระสำคัญในการประเมิน 2 ประเด็น คือ 1) การประเมินเฝ้าระวังและติดตามภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 2) การดูแลจัดการแก้ไขภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อให้แนวปฏิบัติ นี้มีความน่าเชื่อถือ ถูกต้อง ทันสมัย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁷ ที่มีขั้นตอนการพัฒนาที่ชัดเจนมีการทบทวนที่เป็นระบบ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นับประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการเนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยนั้นเกิดจากความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ จึงไม่สามารถระบุผลลัพธ์ที่เกิดจากพยาบาลเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตามผลการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตครั้งนี้ จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายและเป็นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และนำสู่ผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

คำถามงานวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะอย่างไร และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติหรือไม่
2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มก่อนใช้กับกลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติฯ แตกต่างกันหรือไม่

2.1 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2.2 จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างถูกต้องและครอบคลุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย¹⁷ มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดขอบเขตแนวปฏิบัติ 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 6) ยกเว้นแนวปฏิบัติ 7) จัดทำแผนการเผยแพร่แนวปฏิบัติ 8) จัดทำแผนการประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข 9) จัดทำรายงานรูปแบบแนวปฏิบัติ 10) จัดทำรายงานกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ และ 12) ปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา และระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การเผยแพร่แนวปฏิบัติ 2) การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการวิจัยครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์จากการที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ 2 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการดูแล

เพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสมโดยประเมินจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะช็อกในผู้ป่วยแรกรับ การได้รับการติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกอย่างต่อเนื่องเหมาะสม การแปลผลของข้อมูลอย่างถูกต้อง และ 2) ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขด้วยการได้รับสารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด และยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้อง มีการติดตามประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำ เลือด และยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างครอบคลุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยดำเนินการ (Implementation research design) เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต ศึกษาที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มที่พัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้วิจัย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 4 คน 2) กลุ่มผู้ใช้แนว

ปฏิบัติ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน ที่เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 13 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 1 คน รวม 14 คน ที่ใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 96 ราย เป็นจำนวนผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามช่วงเวลาการศึกษา คือ

- 1) กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ช่วงเวลา 3 เดือน (2 กันยายน ถึง 2 ธันวาคม 2564) จำนวน 51 คน
- 2) กลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ ช่วงเวลา 3 เดือน (17 ธันวาคม 2564 ถึง 17 มีนาคม 2565) จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจของการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยการสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก ซึ่งพัฒนาโดยจิราวรรณ ธงชัย และ พิกุล นันทชัยพันธ์ มีทั้งหมด 8 ข้อ โดยข้อคำถาม 7 ข้อ การตอบเป็นแบบ 3 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก

และข้อความอีก 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิดได้ผ่าน การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว และมีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย¹⁸

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วย วิกฤตที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนว ปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยการแพทย์และสุขภาพ ประเทศออสเตรเลีย¹⁷ มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำ ในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อก จากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการ ผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนา คุณภาพการบริการ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น เพศ อายุ ภาวะวิกฤต แกร็บหรือความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตอื่น ๆ 2) ข้อมูลผลลัพธ์การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนว ปฏิบัติ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับการดูแลเพื่อ ป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายใน ผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม จำนวน 12 ข้อ 2) การได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อก จากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่าง ถูกต้องและครอบคลุม จำนวน 17 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนว ปฏิบัติ และแบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนว ปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน และ ทำการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้

2. การประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิก ฉบับสมบูรณ์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านโดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงาน วิจัย (AGREE II)¹⁹ พบว่าทุกหมวดได้คะแนน มากกว่าร้อยละ 80 แสดงว่าแนวปฏิบัติ นี้มีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีคำแนะนำหรือ ดัดแปลงเพิ่มเติม

3. การประเมินความเป็นไปได้ของแนว ปฏิบัติ (feasibility) (ทำการตรวจสอบในการวิจัย ระยะที่ 1) โดยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วย ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลทุติยภูมิ แห่งหนึ่งจำนวน 10 ราย บุคลากรพยาบาลผู้ช่วยเหลือ คนใช้ ที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 14 ราย โดย ทุกข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติได้ผ่านการทดลองใช้ และสอบถามความคิดเห็นของผู้ทดลองใช้โดยใช้แบบ ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ¹⁸ พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติทุกข้อ

4. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของผู้ใช้แบบ รวบรวมผลลัพธ์ระหว่างผู้วิจัยกับพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 10 รายซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้ โดยทำการรวบรวมผลลัพธ์พร้อม ๆ กัน ครั้งละ 1 ราย แต่แยกกันประเมินจากนั้นนำคะแนนของทั้ง 10 ชุด มาหาค่าความเชื่อมั่น (inter-rater reliability) ได้ค่า ความเชื่อมั่น เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2563-022 รหัสโครงการ 2563-FULL004 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอ่างทอง เลขที่ ATGEC 41/2563 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลและคำตอบทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย และผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผน แบ่งเป็น 2 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และการรวบรวมข้อมูลกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย และผลลัพธ์การดูแลการจัดการภาวะช็อกนี้ของกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติด้วยตนเองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่หน่วยงานปฏิบัติอยู่ โดยใช้แบบรวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งรวบรวมจากแบบบันทึกทางการพยาบาลและเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละราย ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ระยะเวลา 3 เดือน ขณะเดียวกันในระยะนี้ได้ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน การรวบรวมข้อมูลนี้ดำเนินการเสร็จสิ้นก่อนการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 12 ขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดประเด็นปัญหาและขอบเขตของแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลและศึกษาเวชระเบียน พบว่ามีภาวะช็อกเกิดขึ้น และนำเสนอประเด็นปัญหากับทีมพยาบาล

2. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 10 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) จำนวน 4 คน ตอบรับเข้าร่วมทีมพัฒนาด้วยความสมัครใจ

3. กำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายของการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของพยาบาล 2) เพื่อยกระดับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มเป้าหมายคือ 1) ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และ 2) ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม

4. กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวปฏิบัติ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ 2 ประเด็น ดังนี้ 1) การได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและเหมาะสม 2) การได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและครอบคลุม

5. ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นได้แก่ แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก, hypovolemic shock, management of hypovolemic shock, prevention hypovolemic shock, critically ill กำหนดแหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลได้แก่ CINAHL, Science Direct, BMJ Best Practice รวมถึงเว็บไซต์ ได้แก่ www.aacn.org, www.nice.org.uk/ ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 114 เรื่อง โดยนำเสนอร่วมกันคัดเลือกและนำมาพิจารณาแบ่งระดับความน่าเชื่อถือ ระดับ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้โดยใช้เกณฑ์พิจารณาของสถาบันโจแอนนาบริก²⁰⁻²¹ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ มีความเหมาะสมต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติมากที่สุดซึ่งได้หลักฐานเชิงประจักษ์แบ่งตามระดับความน่าเชื่อถือทั้งหมด 29 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือในระดับ 4 ถึง 5 และข้อเสนอแนะในระดับ A ทั้งหมด 20 ข้อ และทีมพัฒนาฯ ลงมติร่วมกันจนได้ข้อสรุปที่เหมาะสม

6. ยกร่างแนวปฏิบัติฯ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดี โดยระบุวิธีการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยที่สืบค้นที่ผ่านการคัดเลือก ซึ่งมีสาระสำคัญ 6 หมวด มีข้อเสนอแนะจำนวน 20 ข้อ

7. วางแผนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ คือ จัดการประชุมย่อยให้ความรู้แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญของแนวปฏิบัติฯ ความจำเป็นที่นำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และนำเสนอแนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์แก่ผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ ให้รับทราบและเข้าใจ

8. จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติฯ และจัดทำรายงานที่ครอบคลุมการพัฒนาและเนื้อหาสาระได้แก่ กำหนดวิธีการประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติฯ คือ การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ 2 ประเด็น คือ การป้องกันภาวะช็อก และการจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อก และวางแผนการปรับปรุงแก้ไขอย่างน้อยทุก 1 ปี หรือเมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่ที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือ

9. จัดทำเล่มแนวปฏิบัติฯ ที่สมบูรณ์ครอบคลุมกระบวนการพัฒนาและเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติฯ คือ 1) ชื่อแนวปฏิบัติฯ ทีมพัฒนา สถานที่ คำนำ สารบัญ 2) วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ คำจำกัดความ 3) ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ 4) สาระสำคัญ

ของแนวปฏิบัติฯ 5) เอกสารอ้างอิง และ 6) ภาคผนวก

10. มีการปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ใช่ทีมพัฒนา เพื่อร่วมตัดสินใจและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งมีความเห็นร่วมกันว่า แนวปฏิบัติฯ มีความเหมาะสมกับบริบท สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับการจัดการภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตได้

11. สร้างแนวปฏิบัติฯ ที่จัดทำขึ้นตรวจสอบคุณภาพเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ หลังจากได้รับข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวปฏิบัติฯ ฉบับสมบูรณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 ท่าน พิจารณาว่าแนวปฏิบัติฯ นี้ มีความน่าเชื่อถือ มีความเป็นไปได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่ โดยใช้เครื่องมือประเมินทางคลินิกสำหรับงานวิจัย [AGREE II]¹⁹

12. ทำการทดสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 10 คน (3 ธันวาคม ถึง 16 ธันวาคม 2564) หลังจากนั้นได้ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติฯ¹⁸

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติฯ เริ่มดำเนินการระหว่างวันที่ 17 ธันวาคม 2564 ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2565 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนและใช้กลยุทธ์ดังนี้

1. การเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ ดังนี้ 1.1) จัดพิมพ์และเผยแพร่แนวปฏิบัติฯ 3 รูปแบบ คือ ฉบับสมบูรณ์, ย่อ, และพกพา โดยจัดวางไว้ที่เคาน์เตอร์พยาบาลและแจกให้กับทีมผู้ใช้ฯ เพื่อให้ผู้ใช้ฯ เข้าถึง

ง่ายและสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปทบทวน 1.2) จัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ใช้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ความสำคัญที่ต้องนำแนวปฏิบัติมาใช้ และนำเสนอแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีการจัดประชุมให้ความรู้ จำนวน 2 ครั้ง ผู้ที่เข้าประชุมไม่ได้ ผู้วิจัยนัดหมายเพื่ออธิบายแนวปฏิบัติ เป็นรายบุคคล และ 1.3) จัดทำบอร์ดแนวปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะช็อกนี้ และขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และจัดทำแฟ้มแสดงขั้นตอนการปฏิบัติ โดยจัดวางไว้ในตำแหน่งที่เห็นชัดเจน สะดวกในการหยิบใช้

2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและผลลัพธ์ขณะใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้กลยุทธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้ของสถาบันวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย²² สู่การปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ 2.1) จัดตั้งทีมผู้นำการใช้และติดตามผลลัพธ์ขณะใช้แนวปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นเตือนและให้ตระหนักถึงการใช้นโยบายปฏิบัติ 2.2) ผู้วิจัยติดตามและกำกับให้มีการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ดังนี้ 1) การเข้าตรวจเยี่ยมเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่ถูกต้องขณะรับ-ส่งเวร 2) การกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงการใช้นโยบายปฏิบัติ 3) ทำหน้าที่พี่เลี้ยงให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ทีมผู้ใช้ที่มีปัญหา 4) มีการให้ข้อมูลย้อนกลับเดือนละครั้ง 5) สร้างแรงจูงใจกล่าวคำชมเชย และมอบของรางวัลแก่ผู้ใช้ที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ถูกต้อง 6) จัดระบบเตือนความจำในการปฏิบัติ เช่น จัดทำข้อความเตือน เช่น ติดตามภาวะช็อก เฝ้าระวังภาวะช็อก เป็นต้น

3. การประเมินผลลัพธ์กลุ่มขณะใช้แนวปฏิบัติ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แบบ

รวบรวมผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งผู้ใช้แนวปฏิบัติมีการบันทึกการเกิดเหตุการณ์ในการปฏิบัติในแต่ละข้อตามแนวปฏิบัติ หากมีการปฏิบัติตามเหตุการณ์เท่ากับการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในข้อนั้น ๆ ด้วย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมจากแบบบันทึกทางการแพทย์และเวชระเบียนของผู้ป่วยแต่ละรายทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์และนำเสนอเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ที่พัฒนาขึ้น
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติ วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
3. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะช็อก และการรับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ตั้งแต่นั้น ๆ และการได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายและนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนร้อยละของกลุ่มก่อนใช้กับขณะใช้แนวปฏิบัติ
4. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยคำนวณร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์และการได้รับการพยาบาลด้วยวิธีอื่น ๆ และนำมาเปรียบเทียบกับสัดส่วนร้อยละของกลุ่มก่อนใช้กับขณะใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น มีสาระสำคัญ 6 หมวด คือ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 3) การดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 4) การดูแลจัดการในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย 5) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ มีสาระสำคัญการปฏิบัติทั้งหมด 20 ข้อ มีความน่าเชื่อถือระดับ 4 ถึง 5 และข้อเสนอแนะระดับ A

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 13 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุตั้งแต่ 28 ถึง 55 ปี (อายุเฉลี่ย 42 ปี) มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี และปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลา 21 ถึง 30 ปีมากที่สุด โดยมีประสบการณ์การใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมาก่อน

2. ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) มีความง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน 2) มีความสะดวกในการปฏิบัติ 3) สามารถนำมาปฏิบัติในที่มสุขภาพได้ 4) สามารถใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย 5) มีความประหยัดค่าใช้จ่าย 6) มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และ 7) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง โดยคิดเป็นร้อยละ 85.70, 92.90, 78.60, 85.70, 85.70, 92.90 และ 85.70 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 การใช้แนวปฏิบัติ

ส่วนที่ 1 กลยุทธ์ที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการใช้แนวปฏิบัติ ต้องมีความหลากหลาย ผู้วิจัยได้เลือกใช้กลยุทธ์ 6 กลยุทธ์²² ดังนี้

1. การจัดประชุมและมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้โดยมีการจัดประชุมผู้ใช้แนวปฏิบัติ 2 ครั้ง ให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทราบถึงวัตถุประสงค์ ความสำคัญ อีกทั้งร่วมแสดงความคิดเห็นและซักถามในข้อที่สงสัยในสาระสำคัญ ซึ่งทำให้เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติ และมีแนวทางในแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

2.การจัดทำสื่อการสอนในการให้ความรู้โดยมีการจัดทำรูปเล่มแนวปฏิบัติ จัดทำแผนผังการใช้แนวปฏิบัติที่กระชับและมองเห็นได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ใช้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และทำให้มีความเป็นไปได้ในการใช้ที่สูงขึ้น ส่วนในการทำบอร์ดให้ความรู้ นั้น ส่งผลผู้ใช้ที่เป็นพยาบาลใหม่ทบทวนอ่านบอร์ดให้ความรู้ได้ ซึ่งการจัดบอร์ดนั้นไม่สามารถใช้ได้ผลดีกับผู้ใช้ทุกคน เนื่องจากมีวิธีการสืบค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมในอินเทอร์เน็ตได้

3. การเตือนความจำและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ คือมีการจัดระบบเตือนความจำโดยจัดทำข้อความเตือน เช่น “ติดตามภาวะช็อก”, “เฝ้าระวังภาวะช็อก” ไว้หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วยแต่ละราย ส่งผลให้ผู้ใช้ไม่หลงลืม และสามารถปฏิบัติได้ตามแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้น

4. การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับโดยมีการเข้าพบเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษาที่ถูกต้องในช่วงรับ-ส่งเวร และติดตามประเมินทุกวันใน 1 เดือนแรก และในเดือนที่ 2 และ 3 ติดตามทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งมีการจดบันทึกในสมุดรวบรวมปัญหาและอุปสรรคจากการติดตาม และ

ผู้วิจัยมีการเข้าร่วมประชุมของหน่วยงานทุกเดือน เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ

5. การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน โดยได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลที่อาวุโส และได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละเวร เพื่อเป็นผู้นำในการปฏิบัติในการกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และสามารถที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ ส่งผลทำให้ผู้ใช้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี ส่งผลให้ผู้ใช้มีความสนใจในการเรียนรู้ ที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกได้

6. การสร้างแรงจูงใจ โดยมีการติดตามการปฏิบัติของผู้ใช้ในการใช้แนวปฏิบัติ นี้ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย และมีการกล่าวคำชมเชยและมอบของรางวัลเป็นกระเป๋าสีใส่ของใช้ ส่งผลทำให้ผู้ใช้เกิดความภาคภูมิใจ และมีการกระตุ้นกันเองในกลุ่มผู้ใช้เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่เพิ่มขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม คือผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทุกรายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมทั้งหมด 96 คน แบ่งเป็นกลุ่มก่อนใช้ 51 คน และขณะใช้ 45 คน โดยกลุ่มก่อนใช้เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.90 ส่วนกลุ่มขณะใช้เป็นเพศชายร้อยละ 53.30 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีสัดส่วนของผู้ที่

มีอายุอยู่ในช่วง 61 ถึง 80 ปีใกล้เคียงกัน กลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวได้รับการวินิจฉัยแรกรับ (แยกตามกลุ่มโรค) ส่วนใหญ่พบในโรคศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ 82.40, 82.20 สำหรับภาวะวิกฤตแรกรับส่วนใหญ่กลุ่มก่อนใช้และขณะใช้พบภาวะวิกฤตระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 33.30, 20.00 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตส่วนใหญ่พบในระบบหายใจร้อยละ 45.10, 42.20 ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดหรือระงับความรู้สึก กลุ่มก่อนใช้ส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 58.80 พบในระบบระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 37.30 ส่วนกลุ่มขณะใช้ส่วนใหญ่ไม่พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 53.30 ส่วนการเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำที่เกิดในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พบว่าในกลุ่มก่อนใช้มีมากกว่ากลุ่มขณะใช้ ร้อยละ 31.37, 26.67 ตามลำดับ

2. ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนครั้งที่พบเหตุการณ์ในการปฏิบัติของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ มี 2 ประเด็นโดยมีกลุ่มก่อนใช้ 51 คน และขณะใช้ 45 คน ดังนี้

2.1 การได้รับการประเมินภาวะช็อกและการรับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ มีจำนวน 6 ข้อ พบว่ากลุ่มก่อนใช้ ไม่พบเหตุการณ์ในแต่ละหัวข้อ ส่วนกลุ่มขณะใช้ มีการปฏิบัติเพิ่มขึ้นในทุกหัวข้อคือ ได้รับการประเมินภาวะช็อกได้รับการติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง สามารถแปลผลข้อมูลดัชนีภาวะช็อกได้ สามารถแปลผลข้อมูลการประเมินสัญญาณเตือนภาวะวิกฤตล่วงหน้าได้ กรณีไม่เกิดภาวะช็อกได้รับ

การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต

การประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะช็อก และกรณีเกิดภาวะช็อกได้รับการพยาบาลเบื้องต้น และรายงานแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 100.00, 98.06, 100.00, 98.06, 95.81 และ 92.34 ตามลำดับ

2.2 การได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม

ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มีจำนวน 6 ข้อ พบว่ามีข้อที่แตกต่างกันชัดเจน ได้แก่ ได้รับการดูแลประเมินและติดตามต่อเนื่องในกลุ่มก่อนใช้ฯ ไม่พบเหตุการณ์ ส่วนกลุ่มขณะใช้ฯ พบเหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 98.53 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสมตามเหตุการณ์ที่พบ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ

การได้รับการดูแลป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายอย่างถูกต้องและเหมาะสม	กลุ่มก่อนใช้ฯ			กลุ่มขณะใช้ฯ		
	จำนวน	มี	ไม่มี	จำนวน	มี	ไม่มี
	เหตุการณ์	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	เหตุการณ์	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับการดูแลประเมินและติดตามอย่างต่อเนื่อง	0	0 (0.00)	0 (0.00)	1,086	1,070 (98.53)	16 (1.47)
ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตรงตามแผนการรักษาของแพทย์	1,105	985 (89.14)	120 (10.86)	964	964 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการดูแลสังเกตและตรวจสอบตำแหน่งที่อาจมีเลือดออก	435	385 (88.51)	50 (11.49)	334	334 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก	1,105	965 (87.33)	140 (12.67)	964	964 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับยาเพื่อป้องกันภาวะช็อกตามแผนการรักษาของแพทย์	465	412 (88.60)	53 (11.40)	319	319 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินและวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ	1,056	950 (89.96)	106 (10.04)	879	879 (100.00)	0 (0.00)

3. ข้อมูลผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อจัดการเมื่อเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤตอย่างถูกต้องและครอบคลุม โดยคำนวณเป็นร้อยละของจำนวนครั้งที่พบเหตุการณ์ในการปฏิบัติของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มี 2 ประเด็น โดยมีกลุ่มก่อนใช้ฯ 16 คน และขณะใช้ 12 คน ดังนี้

3.1 การได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะช็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุม

ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ฯ มีจำนวน 13 ข้อ พบว่ามีข้อที่แตกต่างกันชัดเจน ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 84.11, 100.00 ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับสารน้ำอย่างครอบคลุม คิดเป็นร้อยละ 87.42, 100.00 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะซ็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุมตามเหตุการณ์ที่พบ ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้

การพยาบาลตามแผนการรักษาเพื่อแก้ไขภาวะซ็อกอย่างถูกต้องและครอบคลุม	กลุ่มก่อนใช้			กลุ่มขณะใช้		
	จำนวนเหตุการณ์	มี	ไม่มี	จำนวนเหตุการณ์	มี	ไม่มี
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างถูกต้อง	302	254 (84.11)	48 (15.89)	248	248 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างถูกต้อง	245	245 (100.00)	0 (0.00)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับยาในกลุ่มกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดอย่างถูกต้อง	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับสารน้ำอย่างครอบคลุม	302	264 (87.42)	38 (12.58)	248	248 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำอย่างครอบคลุม	302	284 (94.04)	18 (5.96)	248	238 (95.97)	10 (4.03)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้สารน้ำ)	302	284 (94.04)	18 (5.96)	248	240 (96.77)	8 (3.23)
ได้รับการประเมินความเพียงพอการได้รับเลือดอย่างครอบคลุม	245	230 (93.88)	15 (6.12)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดอย่างครอบคลุม	245	235 (95.92)	10 (4.08)	224	220 (98.21)	4 (1.79)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้เลือด)	245	240 (97.96)	5 (2.04)	224	224 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการประเมินติดตามการให้ยาาร่วมกันมากกว่า 1 ชนิด อย่างครอบคลุม	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการติดตามประเมินการตอบสนองของยาในกลุ่มกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดอย่างครอบคลุม	218	210 (96.33)	8 (3.67)	198	198 (100.00)	0 (0.00)
ได้รับการเฝ้าระวังและสังเกตผลข้างเคียงของยาอย่างครอบคลุม	218	198 (90.83)	20 (9.17)	198	194 (97.98)	4 (2.02)
ได้รับการรายงานแพทย์ และบันทึกข้อมูลหากผิดปกติ (การให้ยา)	218	214 (98.17)	4 (1.83)	198	198 (100.00)	0 (0.00)

3.2 การได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะช็อกด้วยวิธีอื่น ๆ อย่างครอบคลุม ของกลุ่มก่อนใช้และขณะใช้ มีจำนวน 4 ข้อ พบว่า ได้รับการดูแลให้ได้รับการห้ามเลือดคิดเป็นร้อยละ 92.50, 100.00 ได้รับการดูแลทางเดินหายใจและดูแลให้ได้รับออกซิเจนคิดเป็นร้อยละ 100.00 ทั้งสองกลุ่ม ได้รับการดูแลจัดทำอนรบายกษาสูง คิดเป็นร้อยละ 88.07, 100.00 และได้รับการรายงานแพทย์และบันทึกข้อมูลผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 93.58, 100.00 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกนี้ พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่อ้างอิงเกณฑ์การแบ่งระดับและเกณฑ์จัดระดับของข้อเสนอแนะของสถาบันสถาบันโจแอนนาบริก²⁰⁻²¹ ซึ่งมีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติ ที่มีอยู่เดิมที่ส่วนใหญ่เป็นแนวปฏิบัติ ของสหสาขาวิชาชีพ ไม่ได้มีความเฉพาะเจาะจงบทบาทของพยาบาล แต่แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นนี้ เน้นข้อเสนอแนะการปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลอย่างสมบูรณ์ มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันและรวดเร็วในการแก้ปัญหา ตามสาระสำคัญ 6 หมวดโดยเริ่มตั้งแต่การประเมิน การดูแลป้องกันและติดตามอย่างต่อเนื่องนำไปสู่การรายงานแพทย์ตั้งแต่วะเริ่มต้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง หรือเมื่อเกิดภาวะช็อกแล้ว เน้นการดูแลจัดการแก้ไขอย่างถูกต้อง โดยแก้ไขตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเร่งด่วน มีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้ทำการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กับกลุ่มตัวอย่างก่อน

นำมาใช้ในสถานการณ์จริงและสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้ (ดังแสดงในผลวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) พบว่าให้ความคิดเห็นในระดับ “มาก” ทั้ง 6 ข้อ ที่มีร้อยละมากกว่า 85 ทำให้เห็นว่าแนวปฏิบัติ ความเป็นไปได้ สะดวก ประหยัด และสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน แต่มีการนำมาปฏิบัติในทีมสุขภาพนั้นกลุ่มผู้ทดลองใช้มีความคิดเห็นในระดับ “มาก” ที่คิดเป็นร้อยละ 78.60 ซึ่งจากการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า สาระสำคัญของแนวปฏิบัติเน้นการปฏิบัติของพยาบาลแต่มีส่วนหนึ่งที่ต้องปฏิบัติภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลทำให้ผู้ทดลองใช้รู้สึกมีความกังวลในการนำมาปฏิบัติในทีมสุขภาพ ผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติคลายความวิตกกังวลว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในเรื่องการป้องกันและจัดการภาวะช็อกนี้ จำเป็นต้องมีการดูแลและจัดการอย่างรวดเร็วตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่พยาบาลมีบทบาทร่วมประสานการทำงานในการประเมินและติดตามและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกได้ตั้งแต่วะเริ่มต้น

การใช้แนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีซึ่งเกิดจาก 2 ประเด็น คือ

1. กลยุทธ์ที่นำมาใช้ส่งเสริมให้เกิดการใช้แนวปฏิบัติเกิดผลสำเร็จที่ดี สามารถเลือกใช้ตามบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นดังนี้

ขั้นตอนการเผยแพร่แนวปฏิบัติ เป็นการเตรียมความพร้อมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้เลือกใช้ 2 กลยุทธ์คือ 1) กลยุทธ์การจัดประชุมและมีการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับผู้ใช้ และ 2) กลยุทธ์การจัดทำสื่อการสอนในการให้ความรู้ ได้จัดเตรียมเอกสารเล่มแนวปฏิบัติ อุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่จำเป็น และมีการจัดบอร์ด ส่งผลให้ผู้ใช้งาน เกิดความ

เข้าใจ รู้สึกมีความง่ายในการปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริงจนเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุล กันทะพนม ที่ได้มีการจัดเตรียมสถานที่จัดพิมพ์เผยแพร่แนวปฏิบัติ และมีการจัดอบรมแก่พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคน²³

ขั้นตอนการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ได้เลือกใช้ 4 กลยุทธ์ คือ 1) กลยุทธ์การเตือนความจำและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สามารถแก้ไขปัญหาระหว่างการดำเนินการวิจัยพบผู้ไข้ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ จึงได้จัดประชุมกับทีมผู้ไข้ เพื่อตกลงร่วมกันในการสร้างระบบเตือนความจำ ได้ทำป้ายติดไว้ที่หน้าแฟ้มประวัติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ พ่วงเฟื่อง ที่ได้ทำป้ายเตือนขนาดใหญ่ติดที่หัวเตียงโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการดิ่งท่อช่วยหายใจ ผลลัพธ์ที่ได้มีการปฏิบัติตามสาระสำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้นทุกองค์ประกอบ²⁴ 2) กลยุทธ์การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ไข้ ทราบถึงผลของการปฏิบัติที่มีแนวโน้มที่ดี และปัญหาต่าง ๆ ได้ร่วมกันหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ทำให้รู้สึกภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติและส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการปฏิบัติที่มีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ไอเวอร์ส และคณะ ที่บทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของการใช้การติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับในทีมสุขภาพ พบว่าการติดตามและการให้ข้อมูลย้อนกลับนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติในระดับที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานการปฏิบัติของแต่ละบุคคล²⁵ 3) กลยุทธ์การได้รับการสนับสนุนจากผู้นำในหน่วยงาน สามารถขับเคลื่อนกระบวนการ ช่วยติดตามให้มีการใช้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และติดตามการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และการมีนโยบาย

การพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ไข้ สนใจในการเรียนรู้ที่พัฒนาศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ และอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่มีความสำคัญคือ 4) กลยุทธ์การสร้างแรงจูงใจ เป็นกลยุทธ์ที่ดีในการส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่ดี โดยมีการกล่าวคำชมเชยและมอบของรางวัลเป็นกระเป๋าสีใส่ของใช้ ซึ่งการสร้างแรงจูงใจ ทำให้เกิดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติได้เป็นอย่างดี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน ส่วนกลยุทธ์ที่ใช้ในข้อ 3 และ 4 สอดคล้องกับการศึกษาของ กวีวรรณ ใจกล้า ที่มีการคัดลอกทีมผู้นำการใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานได้แก่พยาบาลระดับหัวหน้าเวร เนื่องจากผู้นำการใช้แนวปฏิบัติฯ ต้องเป็นผู้ที่มีอำนาจและอิทธิพลต่อการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้ มีการกล่าวชื่นชมแก่ทีมผู้ให้บริการที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก การแจ้งแก่ทีมผู้ให้บริการถึงความคิดเห็นของผู้ป่วย คำติชมที่มีต่อกิจกรรม²⁶

2. การใช้แนวปฏิบัติฯ โดยสามารถอภิปรายผลการศึกษาตามกรอบแนวคิดการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้ทางคลินิกของสถาบันโจแอนนาบริกส์²⁰ 4 ด้าน ดังนี้

ด้านประสิทธิผล (effectiveness) แนวปฏิบัติฯ พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีระบบ ส่วนใหญ่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีระเบียบวิจัยที่อยู่เกณฑ์ต่ำ (Level 4-5) เนื่องจากเป็นงานวิจัยมีข้อจำกัด มีการทำวิจัยในคลินิกน้อย จึงทำให้ไม่สามารถแสดงถึงประสิทธิผลให้เห็นถึงการลดการเกิดอุบัติเหตุในการเกิดภาวะช็อกและการลดการเกิดอัตราการเสียชีวิตได้ ถึงอย่างไรก็ตามก่อนการนำไปใช้ ได้มีการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการพิจารณาพิจารณาแล้วว่าให้นำมาใช้จริงพร้อมทั้ง

มีการใช้เครื่องมือในการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัย¹⁹ ซึ่งมีการสกัดข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทบทวนได้ เป็นข้อเสนอแนะที่มีเหตุผลสนับสนุนที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานได้ สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ และส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น ในหมวดการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย ในเรื่องของการประเมินภาวะช็อกและการรับรู้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ได้แก่ มีการประเมินคัดกรองภาวะช็อกในผู้ป่วยแรกรับโดยใช้ดัชนีภาวะช็อกร่วมกับการประเมินอาการและอาการแสดง ซึ่งพบว่า ในกลุ่มก่อนใช้ฯ ไม่มีการประเมินดัชนีภาวะช็อก มีแต่การประเมินอาการและอาการแสดง ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติที่ส่งผลต่อการได้รับการดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เป็นต้น

ด้านความเป็นไปได้ (feasibility) พบว่าก่อนมีการนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้จริงได้มีการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ และได้มีการประเมินความเป็นไปได้มาก่อนแล้ว ซึ่งได้มีการปรับแก้ไขและทำความเข้าใจกับพยาบาลที่ทดลองใช้ฯ ในประเด็นของการนำมาปฏิบัติในที่ชุมชน ดังนั้นเมื่อนำแนวปฏิบัติฯ มาใช้จริงจึงสามารถปฏิบัติได้ดีและครอบคลุมในทุก ๆ หมวดโดยสามารถประเมินและติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว สามารถดูแลป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วย และมีแนวทางการประเมิน ติดตามแก้ไขภาวะช็อกในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกที่ชัดเจนมากขึ้น และมีการใช้กลยุทธ์คือการสนับสนุนจากหน่วยงานให้เกิดการปฏิบัติ ทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย และเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการรายงานแพทย์ได้

ด้านความเหมาะสม (appropriate) พบว่าเหมาะสมตามบริบทของหน่วยงาน เนื่องจากพัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามขั้นตอนของสกววิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย¹⁷ จัดทำเพื่อผู้ป่วยวิกฤตโดยเฉพาะ และก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ได้ทำประชาพิจารณ์ในหน่วยงานโดยผู้ใช้ฯ มีความคิดเห็นตรงกันให้มีการนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือจากการได้รับการบาดเจ็บที่มีความรุนแรง อาการไม่คงที่ สามารถเป็นแนวทางในการปฏิบัติ และตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และได้รับการดูแลการประเมินและติดตามแก้ไขภาวะช็อกได้อย่างทันที่

ด้านความมีคุณค่า (meaningfulness) คุณค่าต่อผู้ป่วย เนื่องจากแนวปฏิบัติฯ นี้ช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกาย มีแนวทางในการจัดการภาวะช็อกนี้ที่ชัดเจน ได้แก่ มีการประเมินติดตาม ป้องกัน จัดการแก้ไข และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลในกลุ่มก่อนใช้ฯ และขณะใช้ฯ พบว่าเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำลดลงจากเดิมร้อยละ 31.37, 26.67 ตามลำดับ สำหรับคุณค่าต่อผู้ใช้ฯ ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจน มีทิศทางเดียวกัน มีทัศนคติที่ดีต่อการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพในการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาปรับใช้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

สรุปการวิจัยดำเนินการครั้งนี้แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนา การตรวจสอบคุณภาพและการ

ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมของบริบทของหน่วยงาน และกลุ่มเป้าหมาย การนำไปใช้ควรมีการเลือกใช้ กลยุทธ์ที่หลากหลายควบคู่กัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติที่ดีและยั่งยืน ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และผลลัพธ์เชิง กระบวนการที่ดี ดังนั้นหากมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือเกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียสารร่างกาย เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดประสิทธิผล ที่ดีที่สุด ควรมีการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหวิชาชีพ และหน่วยงานควรมีการสนับสนุนฐานข้อมูลการวิจัย ทางพยาบาลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังมาใช้
2. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ต้องอาศัยการใช้ กลยุทธ์ที่หลากหลายในการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การติดตามเข้าพบ และการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานในการใช้แนว ปฏิบัติ รวมถึงการใช้ภาวะผู้นำในการนำการใช้แนว ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. คว้าศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยหลังจากนำแนวปฏิบัติ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง และศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการนำแนวปฏิบัติ มาใช้
2. การทำวิจัยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และ เพิ่มการสังเกตการณ์ในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Kolecki P. Hypovolemic shock clinical presentation. [Internet]. 2016 [cited 2019 July 12]; Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/760145-clinical>.
2. Cannon JW. Hemorrhagic shock. N Engl J Med. 2018;378(4):370-9.
3. Taghavi S, Askari R. Shock, hypovolemic shock. StatPearls [Internet]. 2018 [cited 2022 November 12]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513297/>.
4. Jacob M, Kumar P. The challenge in management of hemorrhagic shock in trauma. Medical J Armed Forces India. [Internet]. 2014 [cited 2019 July 12]; 70(2):163-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017195/>.
5. Emergency unit. Annual statistical report. Rayong: Rayong Hospital. 2016-2019. [In Thai]
6. Seckel MA, Bucher L. Critical care. In: Lewis SL, Bucher L, Heitkemper MM, Harding MM, editors. Medical-surgical nursing. 10th ed. Elsevier; 2017.p.1554-86.
7. Finfer S, Myburgh J, Bellomo R. Intravenous fluid therapy in critically ill adults. Nat Rev Nephrol. 2018;14(1):541-57. Doi: 10.1038/s41581-018-0044-0. PubMed PMID: 30072710.
8. Forbes D. Blood products and transfusion therapy in the ICU. In: Salim A, Brown C, Inaba K, Martin MJ, editors. Surgical critical care therapy. 1st ed. Springer. 2018. p.321-36.
9. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock. Intensive Care Medicine. 2017;43(3):304-77.

*การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการจัดการ
ภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำในร่างกายในผู้ป่วยวิกฤต*

10. Janepanichpong J, Yuksen C. First aid care for pre-hospital care. National Institute for Emergency Medicine. 2017;3(8):13-5. (In Thai)
11. Lazkani A, Lebuffe G. Post-operative consequences of hemodynamic optimization. Journal of Visceral Surgery. 2016;153(6): S5-9.
12. Ratarasan W, Boonkong N, Kingmanee P. Development of multiple trauma patient care model in Surin hospital 2022; 37(3):707-18. (In Thai)
13. Yoosook S, Suwanmontri P, Charoenrat P, Ninsonthi N. Developing a model of care for the multiple trauma hypovolemic shock patients in Sawanpracharak hospital. Journal of The Department of Medical Services. 2017;42(6):96-101. (In Thai)
14. C. Clinical practice guidelines development. Thai Journal of Nursing Council 2005;20(2):63-76. (In Thai)
15. National Institute for Health and Care Excellence. Intravenous fluid therapy for adults in hospital [Internet]. 2013 [cited 2019 July 20]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg174>.
16. National Institute for Health and Care Excellence. Blood transfusion [Internet]. 2015 [cited 2019 July 10]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng24>.
17. National Health and Medical Research Council. A guideline to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. 1999 [cited 2019 June 18]; Available from: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp30.pdf.
18. Thongchai C, Nantachaipan P. The CPGs Implementation Opinion Survey Form. Chiang Mai: Faculty of Nursing; 2006. (In Thai)
19. Institute of Medical Research and Technology Assessment. Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II; 2009 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>.
20. The Joanna Briggs Institute [JBI]. Grades and recommendations. [Online] 2014 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>.
21. The Joanna Briggs Institute [JBI]. Level of evidence. [Online] 2014 [cited 2019 July 12]; Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.
22. National Health and Medical Research Council. How to put the evidence into practice: Implementation and dissemination strategies [Internet]. 2000 [cited 2019 June 18]; Available from: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp71.pdf.
23. Kuntapanom P. Development of wound management record form for traumatic persons in Emergency Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2020. (In Thai)
24. Puangfuang K. Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for prevention of unplanned endotracheal extubation in medical intensive care unit, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok province. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2014. (In Thai)

25. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2012 [cited 2023 Jan 5]; Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub3>
26. Jaikla K. Effectiveness of Clinical Practice Guidelines Implementation for Sleep Promotion Among Critically Ill Patients. [Dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2016. (In Thai)