

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร

สุรวิมล ไชยรบ ปพ.ส.*
กนกพร กุลวงษ์ พย.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร 2) ศึกษาระดับความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ และ 3) ประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โดยใช้กระบวนการพัฒนาที่ประยุกต์รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชูคัพ ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก 2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ และ 4) การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง ซึ่งการศึกษานี้ดำเนินการอย่างสมบูรณ์ถึงระยะที่ 3 โดยมีการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 12 เรื่อง สกัดข้อความรู้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ 9 ด้าน ภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยวิกฤตของ FANCAS และ FASTHUG และ BAND AIDS แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.85 และค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.80 จากนั้นนำร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปศึกษาความเป็นไปได้ในการนำใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่มีอายุงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน ระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.78, S.D. = 0.02) และความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัตินี้อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.61, S.D. = 0.02)

สรุป แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่องได้

คำสำคัญ: มะเร็งท่อน้ำดี การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสกลนคร

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสกลนคร

**Development of Nursing Practices Guideline for Cholangiocarcinoma patients
in Critical Condition after Liver Resection, Intensive Care Ward,
Sakon Nakhon Hospital**

Surawimol Chairob D.N.S*

Kanokporn Kullawong M.N.S.**

Abstract

This development study aimed to 1) develop the clinical nursing practice guideline (CNPG) for cholangiocarcinoma patients in critical condition after liver resection 2) study the level of feasibility of this CNPG implementation and 3) study the satisfaction of nurse for implementation of the CNPG. The Soukup's evidence-based approach was applied during the process of CNPG development consisting of 4 stages: 1) clinical problem investigation 2) evidence-based practice investigation 3) CNPG development and trying out and 4) CNPG implementation. This study was completed in the third stage in which twelve relevant studies were selected. The knowledge was extracted and then the 9 aspects of CNPG for cholangiocarcinoma patients in critical condition after liver resection was developed according to the conceptual framework of FANCAS, FASTHUG and BANDAIDS for critical patient evaluation. The content validity index and reliability tested by the Cronbach's alpha coefficient of this drafted CNPG were 0.85 and 0.80, respectively. The drafted CNPG was applied by 14 registered nurses who had experiences in surgery ICU at least 1 year, from September to October 2019. The results showed that the feasibility and satisfactory of CNPG application were in the highest level (4.78, S.D. = 0.02) and (4.61, S.D. = 0.02), respectively.

In conclusion, this clinical nursing practice guideline for cholangiocarcinoma patients in critical condition after liver resection in surgery ICU, Sakon Nakhon hospital could be applied in practical and develop continuously.

Keywords: Cholangiocarcinoma, Development of nursing practices guideline, Nursing care of critical-ill patient

* Registered Nurse (Professional Level), SICU, Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

** Registered Nurse (Professional Level), CVTICU, Department of Nursing, Sakon Nakhon Hospital

บทนำ

มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในทวีปเอเชียและเป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของโรคมะเร็งทุกชนิดในประเทศไทย^{1,2,3} โดยเกิดบริเวณเยื่อผนังท่อน้ำดี พบทั้งมะเร็งท่อน้ำดีภายในเนื้อตับ (Intrahepatic cholangiocarcinoma) และมะเร็งท่อน้ำดีภายนอกตับ (Extrahepatic cholangiocarcinoma)⁴ มะเร็งท่อน้ำดีมีการเจริญเติบโตช้า แต่สามารถลุกลามไปสู่อวัยวะข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ๆ ได้ ประมาณร้อยละ 15 มีการแพร่กระจายสู่กระแสเลือด^{4,5} ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการไม่สบายท้อง ปวดใต้ชายโครงขวา ปวดหลังและไหล่หรือมีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลดหรือคลื่นไส้อาเจียน ตับโต ผอม วิธีการรักษาส่วนใหญ่เลือกใช้การผ่าตัดซึ่งใช้เวลามากกว่า 4 ชั่วโมง มีความซับซ้อนและความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด⁵ เสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด และภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหายใจและหัวใจ เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณช่องท้องส่วนบนและใกล้ทรวงอก⁶ บางรายต้องใส่เครื่องช่วยหายใจและสายระบายต่างๆ แผลผ่าตัดหน้าท้องมีขนาดใหญ่ จึงมีอาการบวมจากปวดแผลผ่าตัด⁷ รวมถึงมีผลต่อสมองอันเกิดจากโรคตับ (Hepatic encephalopathy) สุดท้ายเกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน⁸ (Posthepatectomy liver failure) ส่งผลให้โอกาสเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้น^{9,10} ปัจจัยดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูงเพราะต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง^{11,12}

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องใช้ทักษะคิดเชิงวิจารณ์ญาณสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสมควบคู่กับทักษะความเชี่ยวชาญภายใต้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อจัดการอาการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ควรเลือกใช้วิธีการปฏิบัติที่ได้รับ

การพิสูจน์ทางการวิจัยว่าได้ผลดี หรือผ่านการทดลองในการปฏิบัติมาแล้วว่าได้ผลจริง นั่นคือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base practice) ซึ่งการนำหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติสามารถทำได้ด้วยการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline)^{13, 14} ที่มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์หลักฐานด้วยวิธีการที่น่าเชื่อถือ ในปัจจุบันรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกมีหลายรูปแบบตามแต่ละสถาบัน โดยรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของชูชีพ ปี ค.ศ. 2000¹⁵ มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับหลายหน่วยงาน

นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิดของแฟนคัส (FAN-CAS) ที่มีองค์ประกอบ 6 ด้าน^{16, 17} และของฟาสท์ฮักและแบนเดอิด (FASTHUG and BANDAIDS) ที่มีองค์ประกอบ 15 ด้าน^{18,19} มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ซึ่งมีความเหมาะสมในการสร้างแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤต โดยกรอบแนวคิดนี้มีผู้นำมาใช้ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมบาดเจ็บหลายระบบ ที่มีระบบหายใจล้มเหลวอย่างรุนแรง พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถออกจากหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตได้ภายใน 11 วัน^{20, 21} และมีการนำไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมพบว่า ตัวชี้วัดการดูแลรักษาพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมดีขึ้นทุกตัวชี้วัด โดยเฉพาะคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว อัตราการเกิดแผลกดทับ อัตราการเกิดลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ/ปอด อัตราการเกิดปอดอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)^{13,14} แม้ว่าในปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้น แต่จากการสืบค้นข้อมูลยังไม่ปรากฏแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน และยังไม่แพร่หลาย อีกทั้งการปฏิบัติจริงนั้นองค์ประกอบสำคัญคือ บุคลากรที่มีทักษะและดุลยพินิจของแพทย์ที่ให้การรักษาในโรงพยาบาลแต่ละแห่งซึ่งแตกต่างกันไป

หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร มีบทบาทในโครงการประชาร่วมใจ สร้างสุขอนามัยมะเร็งท่อน้ำดีในตำบลราย เติบโตองค์กรราชัน-มหาราชาธิปไตย โดยให้บริการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 32, 49 และ 68 ราย ตามลำดับ ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบมากที่สุดคือ ช็อกจากการสูญเสียเลือด 8, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ปัสสาวะ 1 ราย การหายใจล้มเหลวและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2, 4 และ 1 ราย และแผลผ่าตัดติดเชื้อ 2, 2 และ 1 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเกิดภาวะเสียสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ อาการปวด ได้รับสารน้ำและสารอาหารไม่เพียงพอจากการงดน้ำงดอาหารไม่น้อยกว่า 5 วัน ทำให้วันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนักนานถึง 10-15 วันต่อคน ค่าท่อช่วยหายใจนานเฉลี่ย 5 วันต่อคน พบการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการใส่ท่อช่วยหายใจร้อยละ 3.2 เสียชีวิตร้อยละ 1.25 จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเท่าตัวตลอดสามปีที่ผ่านมา และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีความจำเพาะในการดูแลภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกทั้งจากสถานการณ์การดูแลปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติงานขึ้นกับประสบการณ์และความรู้ของบุคลากรพยาบาลแต่ละคน รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรมีประสบการณ์การดูแลหลังผ่าตัดน้อย ปฏิบัติไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินและจัดการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามที่มีความจำเพาะ และครอบคลุมในทุกมิติการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะฟื้นฟูภายหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยนอนไอซียูนานขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติการ

พยาบาลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดการปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและเป็นระบบ จัดลำดับขั้นตอนในการจัดการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดข้อผิดพลาดต่างๆ เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพบริการเชิงกระบวนการที่ชัดเจน และเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลสกลนครต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาระดับความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดได้รับการดูแลตามแนวทางการปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย
2. หอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัด ที่มีมาตรฐานเดียวกันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับกับบุคลากรทีมสุขภาพ ส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี
3. พยาบาลมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดไปใช้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (Development study) ระยะเวลาศึกษาคือเดือนกันยายน-ตุลาคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่มี

ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป จำนวน 14 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดตัดและเข้ารับการดูแลที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมตั้งแต่ระยะแรกหลังผ่าตัด จำนวน 8 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั่งถึงการนำเสนอผลการศึกษาให้ข้อมูลและแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และทำการขออนุญาตจากผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกครั้งที่ในการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การศึกษานี้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่อ้างอิง SKHREC29/2562 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีเปิดเผยข้อมูลที่สามารบ่งชี้กลุ่มตัวอย่าง

กรอบแนวคิดการศึกษา ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของซูกัพ (Soukup) ปี ค.ศ. 2000¹⁵ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจน ครอบคลุม และเน้นการพัฒนาที่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนให้แนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) ได้มาจากประเด็นปัญหาทางคลินิก 2 แห่ง คือ

1.1. ประสบการณ์ (Practice triggered) เป็นการค้นหาปัญหาจากปรากฏการณ์การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัด โดยการสังเกตการปฏิบัติทางการพยาบาล การบันทึกเวชระเบียนและมีการนำการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ FANCAS¹⁶ FASTHUG และ BANDAIDS¹⁸ มาวิเคราะห์กระบวนการดูแล พบว่า 1) ด้านผู้รับบริการ ความรุนแรงและการดำเนินโรคระยะหลังผ่าตัดตัด เกิดภาวะแทรกซ้อนหลากหลายซับซ้อน ยากต่อการประเมินทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการประเมินและให้การพยาบาลที่จำเพาะอย่างเหมาะสมและครบถ้วน 2) ด้านผู้ให้

บริการ ความหลากหลายของการรักษาทำให้เกิดความสับสนในการวางแผนการดูแล ประสบการณ์และทักษะของพยาบาลที่แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์ และ 3) ระดับหน่วยงาน การปฏิบัติที่มีความหลากหลายและไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินและจัดการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามที่มีความจำเพาะและครอบคลุมในทุกมิติการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะฟื้นฟูภายหลังผ่าตัด หลังการวิเคราะห์และคัดสรรปัญหา นำมาวางแผนการดูแลและประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาลทางคลินิก กำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติการพยาบาล วัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย

1.2. แหล่งความรู้ (Knowledge triggered) ทำการค้นคว้าเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัด เครื่องมือ แนวทางและรูปแบบการพัฒนางาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาการพยาบาลตามปัญหาที่พบจากการวิเคราะห์พบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดมีผู้ศึกษาน้อยโดยเฉพาะในบทบาทของพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประเมินไม่ตรงกับอาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น วินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมในทุกมิติการดูแล นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่ไม่เหมาะสมตามมา มีเพียงการศึกษาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดที่กล่าวว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลเรื่องการจัดการภาวะช็อก ความสมดุลน้ำและเกลือแร่ การจัดการความปวด ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดทั่วไป และนำแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตของ FANCAS, FASTHUG และ BANDAIDS^{12,16} มาใช้ในการค้นหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ช่วยให้สามารถกำหนดประเด็นปัญหาที่สำคัญในระยะวิกฤตได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น เพื่อนำสู่การดูแลพยาบาลในผู้ป่วยหลังผ่าตัดตัดต่อไป

ระยะที่ 2 การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่

เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก (Evidence supported phase) เป็นระยะค้นคว้าคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามกรอบของ PICOT¹⁵ กำหนดคำสืบค้น (Key word) ดังนี้ P (Population): ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดตับ I (intervention): แนวปฏิบัติการรักษา/การพยาบาล/การส่งเสริม หรือการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดตับ FANCAS, FASTHUG และ BANDAIDS C (comparison): ไม่มี O (outcome): แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ความเป็นไปได้ในการนำใช้ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ T (time & method): เป็นงานที่เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ตีพิมพ์ไม่เกิน 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2552–2562 ใช้แหล่งสืบค้นข้อมูล CINAHL, Cochrane Library, Science Direct, PubMed, Thai Jo และ Google scholar และใช้เกณฑ์การประเมินระดับความน่าเชื่อถือ (Level of Evidence) และการประเมินความเป็นไปได้เพื่อนำไปใช้ (grades of recommendation/Levels of Applicability) ตามหลักเกณฑ์สถาบันโจแอนนาบริกส์²² สรุปคัดเลือกได้บทความภาษาไทย 6 เรื่อง และอังกฤษ 6 เรื่อง รวมทั้งหมด 12 เรื่อง ระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง และระดับ 3 จำนวน 6 เรื่อง และนำมาสกัดเนื้อหาเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติ พร้อมตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจึงนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence observed phase) เป็นระยะของการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำใช้ คณะผู้วิจัยประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ นำเสนอโครงร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาศัลยศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแนวคำถามและความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.85 และทดสอบค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.8 ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปทดลองใช้ โดยได้จัดประชุมชี้แจงต่อกลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม 14 คน โดยให้พยาบาลสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับว่าสามารถปฏิบัติได้ครอบคลุมหรือปฏิบัติได้จริงในทุกด้านตามแนวทางปฏิบัติที่สร้างขึ้นหรือไม่การศึกษานี้ดำเนินการอย่างสมบูรณ์ถึงระยะที่ 3

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence based phase) เป็นระยะที่มีการผสมผสานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับการปรับปรุงอย่างเหมาะสมแล้วเข้าสู่การทำงานจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลสำหรับกลุ่มตัวอย่างด้านบุคลากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิภาคการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
2. แบบบันทึกการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดตับ จำนวน 9 ด้าน
3. แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดตับ และแบบสอบถามความพึงพอใจในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำใช้และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ข้อ 5 ระดับช่วงคะแนน 1–5 (ค่าน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) โดยมีเกณฑ์การ

ให้คะแนนแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ นำมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูลและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

3. การประเมินความเป็นไปได้ของการนำใช้แนวปฏิบัติฯ และประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติฯ วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษา

การศึกษการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ ผลการศึกษาได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร ได้แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ 1) แนวทางการป้องกันภาวะช็อก 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) แนวทางการป้องกันไตสูญเสียหน้าที่การทำงาน 4) แนวทางการดูแลการให้สารน้ำ 5) แนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤต 6) แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ 7) แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด 8) แนวทางการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัด และ 9) แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.85 อายุเฉลี่ย 33.5-40.5 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 35.71 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 -10 ปี ร้อยละ 42.86 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n = 14)

ลักษณะทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	ชาย	1 (7.15)
	หญิง	13 (92.85)
อายุ (S.D. = 12.67)	23–30 ปี	5 (35.72)
	31–40 ปี	7 (50)
	41–50 ปี	2 (14.28)
ระดับการศึกษา	ปริญญาตรี	14 (100)
	เฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต	5 (35.71)
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (S.D. = 11.38)	1 – 5 ปี	3 (21.43)
	6–10 ปี	6 (42.86)
	มากกว่า 10 ปี	5 (35.71)

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดระดับ พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้านของการนำใช้แนวปฏิบัติ อยู่ที่ระดับความคิดเห็นมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.78 (S.D. = 0.02) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นของพยาบาลต่อความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดระดับ (n = 14)

ความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. แนวทางการป้องกันภาวะช็อก	4.85	0.02	มากที่สุด
2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	4.92	0.01	มากที่สุด
3. แนวทางการป้องกันไตสูญเสียหน้าที่การทำงาน	4.79	0.02	มากที่สุด
4. แนวทางการให้สารน้ำ	4.85	0.02	มากที่สุด
5. แนวทางการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยวิกฤต	4.92	0.01	มากที่สุด
6. แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ	4.92	0.01	มากที่สุด
7. แนวทางการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	4.85	0.02	มากที่สุด
8. แนวทางการส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัด	4.28	0.04	มากที่สุด
9. แนวทางการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	3.93	0.06	มาก
คะแนนเฉลี่ยรวมทุกด้าน	4.78	0.02	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤต หลังผ่าตัดตับ โรงพยาบาลสกลนคร

ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติฯ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การได้ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางปฏิบัติ	4.64	0.02	มากที่สุด
2. แนวปฏิบัติการพยาบาลมีมาตรฐานการดูแลชัดเจน	4.79	0.02	มากที่สุด
3. การเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวปฏิบัติการ โดยการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้	4.57	0.01	มากที่สุด
4. ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี หลังผ่าตัดตับ ระยะวิกฤต	4.57	0.01	มากที่สุด
5. การได้แสดงความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ	4.79	0.02	มากที่สุด
6. การได้แสดงบทบาทอิสระในการให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติ	4.43	0.01	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจในภาพรวม	4.50	0.01	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	4.61	0.02	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ที่ระดับความคิดเห็นมากที่สุด และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมทุกด้านอยู่ที่ความคิดเห็นมากที่สุด (4.61, S.D. = 0.02)

วิจารณ์และสรุป

การศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนครนี้ผ่านกระบวนการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup¹⁵ และนำการดูแลผู้ป่วยวิกฤตของ FANCAS¹⁶, FASTHUG and BANDAIDS¹⁸ มาร่วมในการวิเคราะห์ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะที่ 1) การค้นหาปัญหาทางคลินิกพบว่า ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับมีความซับซ้อน ยากต่อการประเมินและให้การดูแลพยาบาล ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการประเมินและให้การพยาบาลที่จำเพาะอย่างเหมาะสมและครบถ้วน ความหลากหลายของการรักษาทำให้เกิดความสับสนในการวางแผนการดูแล ประสพการณ์และทักษะของ

พยาบาลที่แตกต่างกัน การปฏิบัติที่มีความหลากหลายและไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตับที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินและจัดการเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามที่มีความจำเพาะและครอบคลุมในทุกมิติการดูแล วิเคราะห์และคัดสรรปัญหา เพื่อนำมาวางแผนการดูแลและประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์การพยาบาลทางคลินิก กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมาย ในระยะที่ 2) ผู้ศึกษาได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางคลินิก โดยใช้วิธีของ PICOT¹⁵ ได้ผลงานวิจัยมาทั้งหมด 12 เรื่อง และนำมาสกัดเนื้อหาเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติ พร้อมตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิและนำมาปรับตามข้อเสนอแนะ การประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวทางของ FANCAS, FASTHUG และ BANDAIDS สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล¹³ และเขาวลัดกษณ์ โพธิดาราร¹⁷ ศึกษาและนำแนวทางนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระยะวิกฤตได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ส่งผลให้ตัวชี้วัดผ่านทุกขบวนการดูแล ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวทางดังกล่าวมาประยุกต์ใช้และ

พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้ว ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลระยะวิกฤตได้ทั้งหมด 9 ด้าน

ในระยะที่ 3) เป็นการนำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้ว พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ และประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติและความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ พบว่าแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำใช้อยู่ในระดับมากที่สุด และมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นสิ่งทำหายสำหรับพยาบาล การทบทวนการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อหาสิ่งใหม่และวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพสูงสุด การใช้ข้อมูลที่ผ่านมาการศึกษา รวมทั้งกระบวนการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ จะช่วยให้การตัดสินใจในคลินิกได้ดีกว่าข้อมูลจากบุคคลใดบุคคลหนึ่ง มีความแตกต่างไปจากการปฏิบัติตามแนวทางเดิมแต่มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น นอกจากนี้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา อีกทั้งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต จะช่วยให้ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป การศึกษาตามกรอบคิดของ Soukup คณะผู้ศึกษาดำเนินการเสร็จสิ้นถึงระยะที่ 3 ส่วนระยะที่ 4 มีแผนจะนำเสนอผลของการทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ต่อคณะกรรมการกลุ่มงานศัลยกรรมเพื่อพิจารณาประกาศใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมต่อไป

ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ในการนำใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทั้ง 9 ด้านนี้ ช่วยให้พยาบาลวางแผนให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต การเฝ้าระวัง

ความผิดปกติและการจัดการแก้ไขภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย พ้นหายและกลับไปมีชีวิตที่เป็นปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชาริณี อิมนาง⁶ เกรียงไกร โกวิทางกูรม และคณะ¹² ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ การป้องกันและการจัดการในผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้ว รวมถึงอัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดตัดขั้ว พบว่าการดูแลหลังผ่าตัดตัดขั้วที่ครอบคลุม การเฝ้าระวังภาวะตับวายจากการเสียเลือด หัวใจล้มเหลว การจัดการความปวด เฝ้าระวังการติดเชื้อ การจัดการความปวด การจัดการสารน้ำอย่างเพียงพอ จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้วปลอดภัยฟื้นตัวเร็ว ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดตัดขั้วลดลง ระยะเวลานอนลดลง รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการนำใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้ว ที่มีความเป็นไปได้ในการนำใช้ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ครอบคลุมถึงการประเมินและการจัดการในระยะวิกฤตได้ ทำให้พยาบาลมีความเชื่อมั่น มีมาตรฐานการดูแลไปในทางเดียวกัน การปฏิบัติงานมีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากแนวปฏิบัติถูกพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงไกร โกวิทางกูรม¹² และการศึกษาของ Wrighton, O'Bosky, Namm และ Senthil⁹ ดังนั้น หน่วยงานสามารถนำกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ภายหลังจากได้รับการผ่าตัดตัดขั้ว โดยพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งท่อน้ำดีระยะวิกฤตหลังผ่าตัดตัดขั้ว หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลสกลนคร เพื่อให้เกิดการดูแลที่ไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นไปตามมาตรฐานของวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ควรรำนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังผ่านพ้นระยะวิกฤต เพื่อให้เกิดประสิทธิผลด้านการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้งประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว ติดตามความยั่งยืนของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และนำไปศึกษาประสิทธิผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลนี้ในครั้งต่อไป นอกจากนี้อาจนำไปปรับใช้ในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอื่น เพื่อให้การจัดการหลังผ่าตัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร พร้อมด้วยทีมศัลยแพทย์ หัวหน้างานเวชระเบียน หัวหน้าพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักและพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนครทุกท่านที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการปรับปรุงพัฒนาการศึกษา ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กวิญ สีละวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดตับ. วารสารสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) (อินเทอร์เน็ท). กรกฎาคม-กันยายน 2015. [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2562]; 1-26. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4271>
2. วรรณรัตน์ ศรีกนก, พัชราภรณ์ อุ้นเต๊ะ. การปฏิบัติการพยาบาลสู่การวิจัย Nursing Intervention: Routine To Research. ว.พยาบาลทหารบก 2557;15(2):15-22.
3. ทรงพล ตุละทา. โครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ว.โครงการ CASCAP คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2559;2(7):1-16.
4. ยุทธพงษ์ ชำนาญเอื้อ และเอื้อมพร สุมมาตย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรอดชีพผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในกลุ่มที่สามารถผ่าตัดแล้วหายขาดจากโรค. ว.การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562;2(1):12-22.
5. สุพัฒตรา ศรีภักดี, บุญบา สมใจวงษ์. การพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัดที่มีภาวะวิกฤต. ว.พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2561;41(4):13-22.
6. ชาริณี อิ่มนาง, อัครวัฒน์ สิ้นเกื้อกุลกิจ, พนารัตน์ รัตนสุวรรณ, สุชนันี ลิมะจาริก, พุ่มพวง สารพานิชย์. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดตับที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี พ.ศ.2557. วิสัญญีสาร 2561; 44(3):114-9.
7. Niteen Kumar, Sandeep K. Jha, Sanjay Singh Negi. Enhanced recovery after surgery in liver surgery. Mini-invasive Surgery 2018;2:-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.20517/2574-1225.2018.49>.
8. Rahbari N. N, Garden O. J, Padbury R, Brooke-Smith M, Crawford M, Adam R. et al. Posthepatectomy liver failure: a definition and grading by the International Study Group of Liver Surgery (ISGLS). Surgery 2011;149(5):713-724.
9. Lindsay J.W, O'Bosky K.R, Jukes P.M, Maheswari S. Postoperative management after hepatic resection. J Gastrointest Oncol 2012;3(1):41-47.
10. Motaz Qadan, O'James Garden, Carlos U.C. and Brendan C.V. Management of Postop-

- erative Hepatic Failure. *J Am Coll Surg* 2016;222(2):195–208.
11. Methee Sutherland, Wipusit Taesombat, Boonchoo Sirichindakul, Bunthoon Nonthasoot, Jade Supaphol and Supanit Nivatwongs. Improving the Surgical outcomes after liver resection with ERAS program. *J Med Assoc Thai* 2017;100(4):435–40.
 12. Kriengkrai Kovitangkoon, Nuntiput Putthanachote, Narongchai Sangsa, Chitkhet Tomuen, Phaiboon Pensuwan, Pongdech Sarakarn. Factors effecting to survival of intrahepatic Cholangiocarcinoma after surgical treatment among admitted patients in Roi Et Hospital, Roi Et Province. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educ Cent* 2017;34(2):100–9.
 13. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธุ์ศักดิ์. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง: บูรณาการสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2555.
 14. สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, กาญจนา สิมะจาริก, เพลินตา ศิริปการ, ชวนพิศ ทำนอง. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: กลังนนวนิทยา; 2556.
 15. Soukup SM. The center of advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am* [Internet]. 2000 Jun [cited 2019 Aug 21];35(2):301-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10873242>
 16. Holloway N.M. *Nursing the Critically ILL Adult*. California: Addison-Wesley Publishing. 1979.
 17. เขวลักษณ์ โพธิดารา, ธัญญาสิริ ชาญสวัสดิ์. ผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแนวคิดแผนกสไนกระบวนวิชาฝึกปฏิบัติการพยาบาล. *พยาบาลสาร* 2563;47(2):463–475.
 18. Vincent WR, Hatton KW. Critically ill patients need “FASTHUGS BID” (an updated mne-monic). *Crit Care Med* 2009;37(7):2326–7.
 19. สุพัตรา อุปนิสากร, จารุวรรณ บุญรัตน์. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม: การประยุกต์แนวคิด FAST HUG และ BANDAIDS. *ว.สภากาพยาบาล* 2557;29(3):19–30.
 20. Li Z, Peng X, Zhu B, Zhang Y, Xi X. Active mobilization for mechanically ventilated patients: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94:551–61.
 21. George KJ. A systematic approach to care: Adult respiratory distress syndrome. *J Trauma Nurs* 2008;15(1):19–22.
 22. The Joanna Briggs Institute. Reviewers’ Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. [Internet]. Available from: <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>