



## ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

### Outcomes of Implementing Nursing Care Management Plan for Patients Undergoing Vascular Surgery: A Case Study at Songklanagarind Hospital

รัตนารณ ประยูรเต็ม<sup>1</sup>, มนูญ หมวดเอี้ยด<sup>1</sup>, นงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์<sup>1</sup>

Rattanaporn Prayooltem<sup>1</sup>, Manoon Moundeage<sup>1</sup>, Nongluck Vongwitsanupong<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยอาศัยกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาเบเดียน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดจำนวน 150 ราย ญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 150 รายและพยาบาลผู้ให้บริการจำนวน 20 ราย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะคือก่อนการพัฒนาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติและระยะหลังการพัฒนาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการจัดการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลักและพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.80 และ 0.76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติอ้างอิงคือ สถิติทีอิสระ และสถิติทีคู่

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองจากพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.07, p < .001$ ), ( $t = 10.06, p < .001$ ) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตามกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักสูงกว่าก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.42, p < .001$ ) และผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจโรคหลอดเลือดลดลงมากกว่าก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาล ผู้บริหารการพยาบาลควรนำผลการศึกษาคำนี้ไปกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาลและคุณภาพการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศ

**คำสำคัญ:** ผลลัพธ์ แผนการจัดการพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด

#### Abstract

The research and development aimed to develop a nursing care management plan for patients undergoing vascular surgery. This study was guided by Donabedian Model for quality of health care. Sample was 150 patients receiving vascular surgery, 150 of their primary caregivers, and 20 registered nurses. Purposive sampling was applied. The study was divided into two phases: the pre-development phase, in which patients received regular nursing care, and the after development phase, where patients received nursing care, according to the nursing management plan developed by the researcher. Data were collected using different questionnaires for patients, primary caregivers, and nurses. The questionnaires were tested for content validity by 3 experts, with reliability determined by Cronbach's alpha coefficients, accounting for 0.82, 0.80 and 0.76, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and hypotheses, tested using independent and dependent t-test.

<sup>1</sup> โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

<sup>1</sup> Songklanagarind Hospital

The results showed a significantly higher mean score for perceived self-care information of patients and their primary caregivers ( $t = 11.07, p < .001$ ), ( $t = 10.06, p < .001$ ), compared to those before the intervention. After the intervention, nurses also had a significantly higher mean score for providing self-care knowledge for patients and their primary caregivers ( $t = 7.42, p < .001$ ). After implementing the nursing management plan, a lower rate of clinical risk for vascular surgery was found, compared to that of the clinical risk before the implementation. Therefore, nursing administrators should set the nursing care management plan as a policy and standardized approach for healthcare providers, in order to improve nursing competencies and further develop the quality of care for patients undergoing vascular surgery.

**Keywords:** Outcome, Nursing care management plan, Vascular surgery patients

## บทนำ

โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง นำไปสู่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในสังคมตะวันตก (Hardman, Jazaeri, Yi, Smith & Gupta, 2014) สำหรับสังคมไทยในปัจจุบัน ประชาชนมีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลายเพิ่มขึ้น (Patiwongsphisana & Kritayakeron, 2009) วิธีการรักษาได้แก่ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การใช้ยา การทำหัตถการทางรังสีรักษา การผ่าตัด เป็นต้น (Norgren, Hiatt, Dormandy, Nehler, Harris & Fowkes, 2007) ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้สูงทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดแดงมีทั้งที่เกิดขึ้น หลอดเลือดแดงส่วนปลายจนถึงหลอดเลือดแดงใหญ่ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงในส่วนต่างๆ ของร่างกายแตกต่างกันไป ตั้งแต่ภาวะส่วนปลายขาดเลือดไปเลี้ยงจนถึงการเสียชีวิต (Chinsakchi, Wongwanit, Pootracool & Kermtanasawat, 2014) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการเฝ้าระวังความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดหลังผ่าตัดหลอดเลือดแดง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงเฉพาะโรค (specific clinical risk) จำแนกตามกลุ่มโรค 3 กลุ่มดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดออกอย่างรุนแรง แผลบริเวณเท้าติดเชื้อ หลอดเลือดอุดตันซ้ำ (Norgren, Hiatt, Dormandy, Nehler, Harris & Fowkes, 2007) 2) ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพอง ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะไขสันหลังขาดเลือดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง และหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันหลังการผ่าตัด การเลื่อนตำแหน่งของหลอดเลือดเทียม การรั่วซึมภายในหลอดเลือดเทียม (Maleux, Koolen & Heye, 2009) และ 3) ผู้ป่วยผ่าตัดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับฟอกไตได้แก่ การติดเชื้อและหลอดเลือดอุดตันก่อนใช้งาน (Labriola, Crott, Desmet, André & Jadoul, 2011) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลในการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้วยการค้นหาความผิดปกติหรือสัญญาณอันตรายตั้งแต่แรก และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อรายงานและจัดการแก้ไขหรือให้การรักษาที่เหมาะสม อันจะช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ (Maleux, Koolen & Heye, 2009)

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงความปลอดภัยที่ผู้รับบริการได้รับจากผู้ให้บริการและจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนนโยบายด้านต่างๆ ของหน่วยงาน (Nansuprawat, 2012) ซึ่งประโยชน์ของการพัฒนาระบบการพยาบาลทำให้ทีมพยาบาลมีแผนการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ช่วยลดอัตราตาย หรือภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยและมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Juntawises, Sathirapanya, Voragul, Wattanasit, Yeesakul & Sasatranuruk, 2009) นอกจากนี้การมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการประเมินสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรคหรือ



การมีเครื่องมือในการประเมินสภาพความเสี่ยงต่างๆ ของผู้ป่วย ยังช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดแผนและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนขึ้น ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสภาพสภาพผู้ป่วยเจ็บหลายระบบ (Atatanuchit, Sae-Sia & Songwathana, 2010) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในการบริหารยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค พบว่าผลลัพธ์หลังการพัฒนาช่วยลดความเสี่ยงเฉพาะโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันได้ (Steenhof et.al, 2014)

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิตั้ง 900 เตียง จัดบริการแก่ผู้ป่วยในเขต 14 จังหวัดภาคใต้ ตั้งรายงานนเวชระเบียนจากหน่วยเวชสถิติ พบว่าตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2555 มีผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญจำนวน 274, 329 และ 327 ราย ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นจำนวนที่ค่อนข้างมาก (Medical record division Songklanagarind hospital, 2013) ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial occlusion, PAD) โรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพอง (thoracic aortic aneurysm (TAA) & abdominal aortic aneurysm (AAA) และผู้ป่วยผ่าตัดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไต (vascular access) ซึ่งเป็นกลุ่มโรค 1 ใน 5 โรคหลักของหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (Medical record surgeryward, 2012)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ในการปฏิบัติงานของทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ซึ่งรับผิดชอบดูแลกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการบันทึกของพยาบาลเบื้องต้นพบว่า มีประเด็นสำคัญที่ต้องการการพัฒนาและนำไปสู่แผนการจัดการพยาบาลสำหรับโรคนี้ คือ 1) กิจกรรมการพยาบาลร้อยละ 90 เป็นการปฏิบัติตามปกติ (routine) ภายใต้อาการของแพทย์ 2) การปฏิบัติกิจกรรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรคศัลยกรรมหลอดเลือดยังมีน้อยและปฏิบัติไม่ครบถ้วน และ 3) การปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลยังมีน้อย เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลและเฝ้าระวังอาการผิดปกติด้วยตนเอง หรือการฝึกทักษะที่จำเป็นเช่น การคลำชีพจร หรือการคลำการสั่นสะเทือน (thrill) ของเส้นเลือดสำหรับพอกไตเพื่อประเมินและเฝ้าระวังความผิดปกติด้วยตนเองในเบื้องต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นได้นอกจากนี้จากการรวบรวมข้อมูลความเสี่ยงเฉพาะโรคตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2557 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเสียชีวิตหลังเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคระหว่างการรักษาจำนวน 7 ใน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.7 ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพองเสียชีวิตหลังเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคระหว่างการรักษาจำนวน 4 ใน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ผู้ป่วยแก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไตมีภาวะหัวใจหยุดเต้นและเสียชีวิตจำนวน 1 ราย ขณะเดียวกัน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มาจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ไม่ทราบข้อมูลการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค 2) หยุดยาด้วยตนเอง 3) มีปัญหาแผลบริเวณเท้าติดเชื้อซึ่งนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิต 5 วันหลังจำหน่าย และส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและชื่อเสียงของหน่วยงาน จากการร้องเรียนปัญหาของญาติผู้รับบริการ เป็นต้น (Saelim, 2014) ดังนั้นเพื่อลดปัญหาดังกล่าวโดยมีข้อเสนอแนะจากงานวิจัยที่ผ่านมา ควรเน้นจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ควบคู่กับการให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยงซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น (Thangrod, Kimpee, Thosingha & Ruangsetakit, 2010) ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล

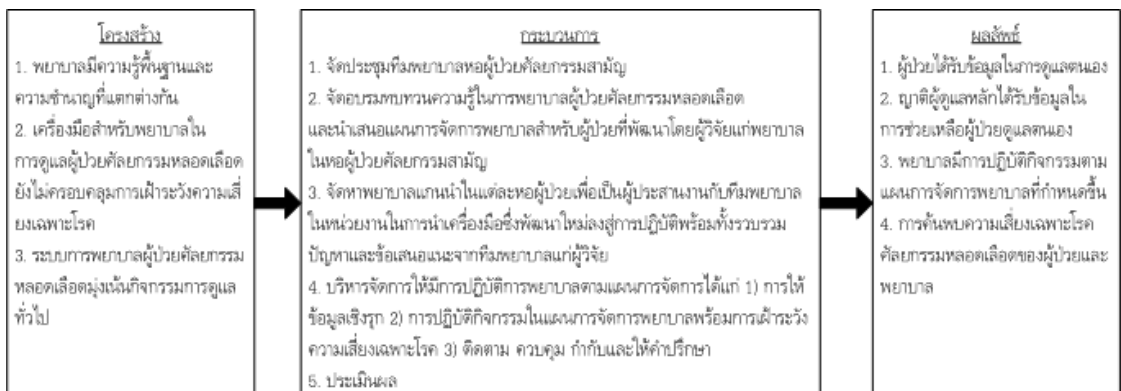
จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในการปฏิบัติงานของทีมนพยาบาลสามารถจำแนกได้ดังนี้ 1) ทีมนพยาบาลมีประสพการณ์การทำงานและการเข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดที่แตกต่างกัน ทำให้การปฏิบัติงานมีความแตกต่างกัน 2) ขาดเครื่องมือในการประเมินสภาพเฉพาะโรคคัลยกรรมหลอดเลือดและพบว่าที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค 3) กิจกรรมการดูแลในระบบการพยาบาลผู้ป่วยคัลยกรรมหลอดเลือดมุ่งเน้นการดูแลแบบทั่วไปมากกว่าเชิงรุก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนาแผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยคัลยกรรมหลอดเลือดให้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกันในการพยาบาลผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยหลังเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรค ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังใช้แผนการจัดการพยาบาลได้แก่ 1) การได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การได้รับข้อมูลของญาติผู้ดูแลหลักเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลตนเองและ 3) การปฏิบัติงานตามแผนการจัดการพยาบาลที่กำหนดขึ้นของพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยคัลยกรรมหลอดเลือดก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในงานวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพการบริการของโดนาเบดีเยน Donabedian Model (Donabedian, 2003) เพื่อนำไปสู่การให้บริการที่มีคุณภาพหรือเกิดผลลัพธ์ที่ดี แนวคิดนี้ประเมินจาก 3 องค์ประกอบคือ 1) โครงสร้าง (Input or Structure) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้คือ ระดับการปฏิบัติงานของพยาบาล เครื่องมือช่วยในการปฏิบัติงาน และระบบการดูแลผู้ป่วยคัลยกรรมหลอดเลือดแบบทั่วไปหรือไม่เฉพาะโรค 2) กระบวนการ (Process) คือ กระบวนการหรือกิจกรรมของผู้ให้บริการ ในการศึกษาครั้งนี้คือ การปฏิบัติตามแผนการจัดการพยาบาลที่กำหนดขึ้น 3) ผลลัพธ์ (Outcome) คือ ผลของการจัดบริการต่อสุขภาพของทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและมีความปลอดภัยเมื่อค้นพบความเสี่ยงเฉพาะโรคคัลยกรรมหลอดเลือด ญาติผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดูแลตนเองได้ และพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่กำหนดขึ้น (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการศึกษา



## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร 1) ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพอง ผู้ป่วยผ่าตัดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไต จำนวน 150 ราย 2) ญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มโรค จำนวน 150 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในช่วงเดือนสิงหาคม 2558 - พฤศจิกายน 2559 3) พยาบาลผู้ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญจำนวน 75 คนใน 3 หอผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงดังนี้ 1) ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือด มีการรับรู้ปกติสามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและยินดีให้ข้อมูล มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป มีญาติผู้ดูแลหลักและพร้อมให้การดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้าร่วมการวิจัย 2) ญาติผู้ดูแลหลัก มีการรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยและยินดีให้ข้อมูล มีความพร้อมให้การดูแลผู้ป่วยตลอดการเข้าร่วมวิจัย 3) พยาบาลผู้ให้บริการ คัดเลือกโดยแบ่งตามอายุการทำงานและการจับสลากเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งกลุ่มพยาบาลตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่งพยาบาล คณะกรรมการข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา (Personnel section Prince of Songkla University, 2010) แบ่งตามอายุการทำงาน 2 กลุ่ม ได้แก่ ตำแหน่งพยาบาลปฏิบัติการ อายุงาน < 6 ปีและตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ อายุงานตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 5 คนในแต่ละหอผู้ป่วย รวมหอผู้ป่วยละ 10 คน (หมายเหตุตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 หอผู้ป่วยศัลยกรรมปรับเปลี่ยนการรับผู้ป่วยเพื่อเน้นความชำนาญเฉพาะทางโดยหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 เน้นการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดโรคหัวใจทำให้มีผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดเข้ารับการรักษาจำนวนน้อยจึงคัดพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ออกจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 จะไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ สำหรับการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองตามแผนการจัดการพยาบาลแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับผิดชอบโดยพยาบาล APN ร่วมกับพยาบาลแกนนำของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์กำหนดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 (Yoyotthong & Sawasdesun, 2014) เนื่องจากทราบจำนวนประชากรผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญในแต่ละปีตั้งแต่ปี 2553 ถึง 2555 ที่แน่นอนจึงได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยโรคละ 25 ราย รวมผู้ป่วยในระยะก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 ราย และหลังใช้แผนจำนวน 75 ราย ญาติผู้ดูแลหลักโรคละ 25 ราย (จับคู่ตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย) รวมญาติผู้ดูแลหลักในระยะก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 รายและหลังใช้แผนจำนวน 75 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักในระยะก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลเป็นกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มโดยคัดเลือกให้มีความคล้ายคลึงกันตามคุณสมบัติคือ อายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี สำหรับพยาบาลการใช้เกณฑ์กำหนดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ซึ่งจากสูตรการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 18.75 คน จาก 3 หอผู้ป่วย ทั้งนี้เมื่อคัดพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 ออกจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงคัดเลือกพยาบาลจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 และ ศัลยกรรมหญิงหน่วยงานละ 10 คนแบ่งตามอายุการทำงานรวมทั้งหมด 20 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลใช้กลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังเพื่อประสิทธิภาพในการทดสอบผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 320 ราย ประกอบด้วยผู้ป่วยจำนวน 150 คน ญาติผู้ดูแลหลักจำนวน 150 คน และพยาบาลจำนวน 20 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือด พัฒนาโดยผู้วิจัยจากกรอบทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือด แผนการจัดการพยาบาลประกอบด้วย 1) เอกสารประกอบการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Saelim, Vongwisanupong & Triprakong, 2014) แผนพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพองและแผนพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด/แก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไตอุดตัน 2) แนวทางการบันทึกทางการพยาบาล (nurse note) ซึ่งระบุแนวทางปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วย 3) กลุ่มโรคคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจเต้นผิดจังหวะ เลือดออกอย่างรุนแรง แผลบริเวณเท้าติดเชื้อ หลอดเลือดอุดตันซ้ำ ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพองได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดอุดตัน ภาวะไขสันหลังบาดเจ็บจากการขาดเลือดไปเลี้ยง และหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันหลังการผ่าตัด การเลื่อนตำแหน่งของหลอดเลือดเทียม การรั่วซึมภายในหลอดเลือดเทียม และผู้ป่วยผ่าตัดหรือแก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไตได้แก่ การติดเชื้อและหลอดเลือดอุดตันก่อนใช้งาน

2. เครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือดโดยผู้วิจัย โดยเครื่องมือที่รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ข้อมูลความเจ็บป่วย ญาติผู้ดูแลหลักเพิ่มเติม ประวัติโรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และพยาบาลเพิ่มเติม อายุการทำงาน ของพยาบาล และการอบรมหรือศึกษาเพิ่มเติมหลังสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี

2.2 แบบสอบถามผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก พยาบาล

2.2.1 แบบสอบถามการได้รับข้อมูลของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเป็นแบบสอบถามการได้รับข้อมูลการดูแลตนเองจากพยาบาลซึ่งเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือดจำนวน 14 ข้อๆละ 1 คะแนน คะแนนการได้รับข้อมูลอยู่ในช่วง 0 - 14 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนมีดังนี้ (Wachiratanakorn & Junnuan, 2017) ได้คะแนน 0 หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลเลย ได้คะแนน 1 - 4 หมายถึง ได้รับข้อมูลระดับน้อย ได้คะแนน 5 - 9 หมายถึง ได้รับข้อมูลระดับปานกลาง ได้คะแนน 10 - 14 หมายถึง ได้รับข้อมูลระดับมาก

2.2.2 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลจำนวน 14 ข้อคำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบ คำตอบ "ปฏิบัติ" ให้ 1 คะแนน คำตอบ "ไม่ปฏิบัติ" ให้ 0 คะแนน ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งในระยะก่อนและหลังการใช้แผนการจัดการพยาบาล คะแนนรวมด้านการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอยู่ในช่วง 0 - 14 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึงให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้ครบถ้วน เกณฑ์การแปลผลใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับผู้ป่วยและญาติ

2.2.3 แบบบันทึกการเกิดความเสียหายเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน โรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพอง ผ่าตัด/แก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไตอุดตันระหว่างการรักษาดังกล่าว สำหรับทีมผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยเสร็จสิ้นการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content Validity) แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือดและแบบสอบถามผลลัพธ์ของกลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งประกอบด้วย แพทย์อัลไซเมอร์หลอดเลือดจำนวน 3 ท่าน และพยาบาลจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วย 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอัลไซเมอร์หลอดเลือด 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิไม่มีข้อเสนอในการแก้ไขเนื้อหาเพิ่มเติม ค่าความหาค่า Content Validity Index ได้เท่ากับ 1



2. ตรวจสอบความตรงเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามในการวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือด จำนวนกลุ่มละ 15 ราย (แบบโรคละ 5 ราย) ณ คลินิกคัดยกรรมหลอดเลือด แผนกผู้ป่วยนอก แบบสอบถามนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ สำหรับพยาบาล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในการวิจัยไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลหรือผู้ป่วยพิเศษคัดยกรรมจำนวน 3 ราย นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.76

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เลขที่ EC: 57 - 293 - 15 - 7 เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2558 โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกคน โดยคำนึงถึงหลักการของการเคารพมโนวิญญูด้วยความสมัครใจและการรักษาความลับ เน้นเรื่องสิทธิในการถอนตัวและการได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล การดูแลช่วยเหลือกรณีคับข้องใจในระหว่างการตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยและตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลช่วงเดือน สิงหาคม 2558 - พฤศจิกายน 2559

### ขั้นตอนการวิจัย

#### ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

1.1 จัดประชุมทีมพยาบาลหรือผู้คัดยกรรมสามัญพร้อมรายงานผลการรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานที่ผ่านมาในเรื่องผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยย้อนหลัง 1 ปี (พ.ศ. 2557) ได้แก่ ตัวชี้วัดความเสี่ยงเฉพาะโรคและข้อมูลการเสียชีวิตในผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือดจากการเก็บข้อมูลของพยาบาล APN

1.2 จัดอบรมทบทวนความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยคัดยกรรมสามัญในการพยาบาลผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือดและนำเสนอแผนการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือดที่พัฒนาโดยผู้วิจัยพร้อมแนะนำเอกสารประกอบในการให้ข้อมูลได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน แผนพับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพองและผู้ป่วยผ่าตัด/แก้ไขเส้นเลือดสำหรับฟอกไตอุดตัน พร้อมแนวทางการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล (nurse's note) ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้จัดทำแบบพิมพ์ร่าง (template) แนวทางการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติและแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลไว้ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล (Hospital information system, HIS) เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้งานของพยาบาล

1.3 จัดหาพยาบาลแกนนำในแต่ละหอผู้ป่วยเพื่อเป็นผู้ประสานงานแก่ทีมพยาบาลในการนำแผนการจัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือดซึ่งพัฒนาใหม่ลงสู่การปฏิบัติพร้อมทั้งรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาลแก่ผู้วิจัย (หมายเหตุ พยาบาลแกนนำในแต่ละหอผู้ป่วยจะไม่นำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้)

#### ระยะที่ 2 การประยุกต์ใช้การพยาบาลตามแนวทางที่กำหนด

ผู้วิจัยให้การดูแล กำกับติดตาม และบริหารจัดการให้มีการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการจัดการสำหรับผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือด ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลเชิงรุก 2) การปฏิบัติกิจกรรมในแผนการจัดการพยาบาลพร้อมการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค และ 3) ติดตาม ควบคุม กำกับและให้คำปรึกษา

#### ระยะที่ 3 การประเมินผล

ประเมินผลลัพธ์การใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยคัดยกรรมหลอดเลือด ได้แก่ 1) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองและได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรคคัดยกรรมหลอดเลือด 2) ญาติผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยดูแลตนเอง และ 3) พยาบาลมีการปฏิบัติงานตามแผนการจัดการพยาบาลที่กำหนดขึ้น

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

**ระยะก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการประเมินในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือ 1 วันก่อนจำหน่าย หลังได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและแจกแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยและญาติตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ยกเว้นในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้ ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านขอคำถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการดูแลตนเองและติดตามผล พร้อมเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานของพยาบาลและการเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคคัดสรรหมดเลือดของผู้ป่วยเมื่อเสร็จสิ้นการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ส่วนการเก็บข้อมูลของพยาบาล ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

**ระยะหลังใช้แผนการจัดการพยาบาล** ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแผนการจัดการพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยญาติผู้ดูแลหลักกรวบรวมรับฟังการให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยพร้อมกับผู้ป่วย ทั้งนี้การให้ข้อมูลเป็นการเน้นปัญหาที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละรายและให้การดูแลตามกิจกรรมหลัก พร้อมทั้งให้ข้อมูลการป้องกันปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทั้งนี้มีการปฏิบัติที่เหมือนกันทั้ง 3 กลุ่มโรค ระหว่างการใช้แผนการจัดการ ผู้วิจัยเป็นผู้ติดตาม ควบคุม กำกับและให้คำปรึกษาพร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการรายงานผล ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหลัก และพยาบาลใช้แนวทางปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะก่อนการใช้แผนการจัดการพยาบาล

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยคัดสรรหมดเลือด ญาติผู้ดูแลหลัก และพยาบาลโดยใช้สถิติบรรยายประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Chi - square test and Fisher, s exact - test)
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลโดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลโดยใช้สถิติทีคู่ (Dependent t-test)

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วยคัดสรรหมดเลือดทั้งหมด 150 ราย แบ่งเป็นระยะก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 รายและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 รายพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 77.3 และ 80 มีอายุเฉลี่ย 64.51 ปี (S.D. =13.19) และ 63.68 ปี (S.D. =13.08) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 78.7 และ 76 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือร้อยละ 60 และ 64 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 82.7 และ 88 โดยโรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูงโดยพบร้อยละ 66.7 และ 70.7 รองลงมาคือโรคเบาหวานพบร้อยละ 40 และ 33.3 ตามลำดับ

1.2 ญาติผู้ดูแลหลักทั้งหมด 150 ราย แบ่งเป็นระยะก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 ราย และหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลจำนวน 75 รายพบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 และ 70.7 มีอายุเฉลี่ย 48.63 ปี (S.D. =14.96) และ 45.84 ปี (S.D. =12.94) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 73.3 และ 64 มีการประกอบอาชีพร้อยละ 85.3 และ 73.3 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีร้อยละ 29.3, 29.3 และ 29.3, 28 มีโรคประจำตัวร้อยละ 26.7 และ 20 โดยโรคประจำตัวที่พบสูงสุดคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 20 และ 16 ตามลำดับ





1.3 พยาบาลผู้ให้บริการ จำนวน 20 ราย มีประสบการณ์ทำงานระหว่าง 4 - 24 ปี อายุการทำงานเฉลี่ย 9.9 ปี (S.D. = 5.82) ไม่ได้เข้าอบรมหรือศึกษาเพิ่มเติมหลังเรียนจบระดับปริญญาตรีร้อยละ 55 แต่ผ่านการอบรมหรือศึกษาพยาบาลเฉพาะทางระยะเวลา 4 เดือนร้อยละ 40 ผ่านการศึกษาในระดับปริญญาโทเพียงร้อยละ 5

## 2. ผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยด้วยศัลยกรรมหลอดเลือด

2.1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาล ด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบอิสระต่อกัน (Independent t-test) พบว่า กลุ่มที่ใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองจากพยาบาลสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.07, p < .001$ ), ( $t = 10.06, p < .001$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาล

ตัวแปร	กลุ่มที่ไม่ใช้ แผนการจัดการพยาบาล		กลุ่มที่ใช้ แผนการจัดการพยาบาล		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	7.40	3.48	12.46	1.89	11.07	.001
คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของญาติ	8.26	3.64	13.00	1.80	10.06	.001

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลของพยาบาล ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลด้วยสถิติทดสอบค่าทีแบบคู่ (Paired t-test) พบว่า หลังใช้แผนการจัดการพยาบาล พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักสูงกว่าก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 7.42, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลของพยาบาล

ตัวแปร	ก่อนใช้ แผนการจัดการพยาบาล		หลังใช้ แผนการจัดการพยาบาล		t	p
	M	S.D.	M	S.D.		
การปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาล	10.75	1.65	13.25	0.71	7.42	.001

2.3 การค้นพบความเสี่ยงเฉพาะโรคในผู้ป่วยด้วยศัลยกรรมหลอดเลือดระหว่างการรักษาหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยด้วยศัลยกรรมหลอดเลือด พบว่า อุบัติการณ์เกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยด้วยศัลยกรรมหลอดเลือดทั้งหมดลดลงจากร้อยละ 20 เหลือร้อยละ 4 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ร้อยละของการค้นพบความเสี่ยงเฉพาะโรคก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยด้วยอัลยกรรมหลอดเลือด

ความเสี่ยงเฉพาะโรคหลอดเลือด	ก่อนใช้แผน (n =75) ร้อยละ	หลังใช้แผน (n =75) ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (n =25) - ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (2 ราย,1 ราย) - เลือดออกอย่างรุนแรง (ระหว่างได้รับยาละลายลิ่มเลือด) (1 ราย,0 ราย) - หลอดเลือดอุดตันซ้ำ (1ราย,0 ราย)	16	4
ผู้ป่วยโรคเส้นเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องและช่องอกโป่งพอง (n =25) - ภาวะไตวายเฉียบพลัน (1ราย,0 ราย)	4	0
ผู้ป่วยผ่าตัด/แก้ไขเส้นเลือดสำหรับพอกไตอุดตัน (n =25)	0	0

หมายเหตุ ข้อมูลในวงเล็บเล็กคือ การค้นพบความเสี่ยงเฉพาะโรคก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยด้วยอัลยกรรมหลอดเลือด

### อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของกลุ่มที่ใช้แผนการจัดการพยาบาล สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้แผนการจัดการพยาบาล ( $t = 11.07, p < .001$ ), ( $t = 10.06, p < .001$ ) และพยาบาลมีการปฏิบัติงานตามแผนการจัดการพยาบาลสูงกว่าก่อนใช้แผนการจัดการพยาบาล ( $t = 7.42, p < .001$ ) อธิบายได้ว่า จากการนำแผนการจัดการพยาบาลไปใช้ในหน่วยงาน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดเตรียมพยาบาลในหน่วยงานโดยการอบรมทบทวนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยอัลยกรรมหลอดเลือดและแนะนำการใช้แผนการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พร้อมกำหนดแนวทางการให้ข้อมูลที่เป็นระบบ ช่วยให้พยาบาลมีมาตรฐานและการปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนมีระบบการติดตามและให้คำปรึกษาระหว่างการปฏิบัติงานโดยผู้วิจัยและพยาบาลแกนนำ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลในการดูแลตนเองหรือการช่วยเหลือผู้ป่วยดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสระบุรี ของ Phositong, Maneesilp, Podhipak & Chonbodeechalermrung (2012) ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลของพยาบาลตามแนวทางที่กำหนดทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามการปฏิบัติกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลอยู่ในระดับมากทั้งก่อนและหลังใช้แผนการจัดการพยาบาล โดยพบว่าการใช้แผนการจัดการพยาบาลคะแนนเฉลี่ย 10.75 คะแนน (S.D. =1.65) และหลังใช้แผนการจัดการพยาบาลคะแนนเฉลี่ย 13.25 คะแนน (S.D. =0.71) ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ก่อนการใช้แผนการจัดการพยาบาลกิจกรรมการให้ข้อมูลการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลไม่มีแนวปฏิบัติและระบบการบันทึกที่ชัดเจนทำให้การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติไม่สมบูรณ์ครบถ้วนตามกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งส่งผลต่อการได้รับข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ดังผลการศึกษารายงาน

2. อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยอัลยกรรมหลอดเลือดลดลง หลังใช้แผนการจัดการพยาบาล อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักของพยาบาลตามแผนการจัดการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้เน้นให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลโอกาสเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยและเน้นความสำคัญในการให้ผู้ป่วยรายงานความผิดปกติแก่พยาบาล พร้อมทั้งมีพยาบาลมีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการติดตามและเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคใน



ผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดที่ชัดเจน ช่วยให้มีการตรวจสอบและพบทวนความครบถ้วนในการปฏิบัติกิจกรรมพร้อมทั้งสามารถจัดการกับอาการหรือเหตุปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคของผู้ป่วยเช่น ความเจ็บปวด ความเครียด เป็นต้น จึงส่งผลให้อุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง นำหนักตัว และการควบคุมความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ Plaiyod, Panpakdee & Taikerd, (2012) ซึ่งพบว่า การให้ความรู้คำแนะนำ การติดตาม กระตุ้นเตือนในการควบคุมความดันโลหิตแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการศึกษาเรื่อง การสนับสนุนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องผูกหลังผ่าตัดซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะท้องผูกในผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Trads, Deutch & Pedersen, 2017) อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้พบว่าหลังการใช้แผนการจัดการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันเกิดความเสียหายโรค 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการผ่าตัดติดต่อกันรวมทั้งหมด 3 ครั้งในระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้โดยเป็นการผ่าตัดเนื่องจากสาเหตุของการมีหลอดเลือดอุดตันซ้ำหลังผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดสะสมและมีความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ร่วมกับการมีโรคร่วมคือเส้นเลือดหัวใจตีบตันทั้ง 3 เส้นทำให้เกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคได้สูงกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ แต่ผู้ป่วยรายดังกล่าวได้รับการแก้ไขตามอาการจนได้รับความปลอดภัยและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

## สรุป

ผลลัพธ์ของการใช้แผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดทำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลักได้รับข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การดูแลที่ตรงกับโรคและป้องกันการเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคมากขึ้น พร้อมทั้งช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการให้ข้อมูลเชิงรุกเพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากการที่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเฉพาะโรคลดลงเนื่องจากได้รับการค้นพบและจัดการป้องกันได้ ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยตรง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สนับสนุนให้พยาบาลนำแผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดไปใช้ในการปฏิบัติงานโดยเน้นการให้ข้อมูลเชิงรุกเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ถูกต้องและเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงเฉพาะโรคเพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรกำหนดเป็นนโยบายอย่างจริงจังในการนำแผนการจัดการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหลอดเลือดไปใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลลัพธ์หลังใช้แผนการจัดการพยาบาลหลังจำหน่าย เช่น การควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย การเข้ารับการรักษาซ้ำโดยไม่ได้อ้างแผนล่วงหน้า เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้การสนับสนุนทุนในการทำวิจัย และ พว. สุภัตรา อุปนิสากร และรศ.ดร.ประณีต สังวณนา ที่ให้ข้อเสนอแนะในการเขียนและนำเสนอผลงานวิจัย

**รายการอ้างอิง (Reference)**

- Atatanuchit, S., Sae-Sia, W., & Songwathana, P. (2010). Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Initial Assessment among Multiple Injured Patients Admitted in Trauma Units. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 2(2), 16 - 28.
- Chinsakchi, K., Wongwanit, C., Pootracool, P. & Kermthanasawat, N. (2014). *Common problems in vascular surgery*. Volume 1 (2<sup>nd</sup> ed.). Bangkok: krungthepwechasam.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Hardman, R., Jazaeri, O., Yi, J., Smith, M., & Gupta, R. (2014). Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease. *Seminars in Interventional Radiology*, 31, 378 - 388.
- Juntawises, U., Sathirapanya, P., Voragul, C., Wattanasit, Y., Yeesakul, C., & Sasatranuruk, S. (2009). The result of the clinical pathway implementation for ischemic stroke patients in Songklanagarind hospital. *Songklanagarind Medical Journal*, 27(2), 117 - 129.
- Labriola, L., Crott R., Desmet, C., André, G., Jadoul, M. (2011). Infectious complications following conversion to buttonhole cannulation of native arteriovenous fistulas: a quality improvement report. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(3), 442 - 448.
- Maleux, G., Koolen, M., Heye, S. (2009). Complications after Endovascular Aneurysm Repair. *Seminars in interventional radiology*, 26(1), 3 - 9.
- Medical record division Songklanagarind hospital. (2013). *Statistics for vascular surgery patients*. Songkla: Songklanagarind hospital. (in Thai)
- Medical record surgeryward. (2012). *1 out of 5 major diseases in surgical ward*. Songkla: Songklanagarind hospital. (in Thai)
- Nansupawat, R. (2012). *Nursing outcomes to standards and international competition*. Retrieved September 14, 2014, from: [http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/nurse\\_day/file/2012\\_10\\_17/std\\_outcome.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/nurse_day/file/2012_10_17/std_outcome.pdf).
- Norgren, L., Hiatt, W., Dormandy, J., Nehler, M., Harris, K., Fowkes, F. (2007). Inter - society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Journal of Vascular Surgery*, 45(1), 5 - 67.
- Patiwongsphisana, A & Kritayakeron, K. (2009). Peripheral arterial disease: Peripheral Vascular Intervention. *Journal of the Association of General Surgeons of Thailand under the Royal Patronage of HM the King*, 5(11), 2 - 15.
- Personnel section Prince of Songkla University, (2010). *Nursing placement standards Civil Service Commission in Higher Education Institutions*. Retrieved May 25, 2015, from: <http://www.personnel.psu.ac.th/per12.html>.
- Phosritong, W., Maneesilp, T., Podhipak, P., & Chonbodeechalermrung, N. (2012). The development of diabetes care system: a case management model at Saraburi hospital. *Journal of Nursing Division*, 39(2), 79 - 93.



- Plaiyod,J., Panpakdee, O., & Taikerd, C. (2012). Effects of a promoting self-care participation program on perceived self-care ability, body weight, and blood pressure control in persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(2), 223 - 236.
- Saelim, R. (2014). *Performance report of advanced nursing practitioner*. Songkla: Songklanagarind hospital.
- Saelim, R.,Vongwisunpong, N., & Triprakong, S. (2014). Effectiveness of a discharge planning programme on self-care knowledge and behaviour of peripheral arterial occlusion patients at Songklanagarind hospital. *Thai Journal of Nursing Council*, 25(2), 101 - 113.
- Steenhof, N., Piane, F., Leblanc, K., Eisenberg, N , Kwan, Y., Malmberg N, . . .Roche - Nagle, G (2014). Vascular quality of care pilot study: how admission to a vascular surgery service affects evidence-based pharmacologic risk factor modification in patients with lower extremity peripheral arterial disease. *Journal of Vascular Health and Risk Management*, 10, 333-340.
- Thangrod,R., Kimpee, S., Thosingha, O., & Ruangsetakit, C. (2010). Factors Predicting Health Status in Patients after Infrainguinal Bypass. *Journal of Nursing Science*, 28(4), 46 - 54.
- Trads, M., Deutch,S , & Pedersen, P. (2017). Supporting patients in reducing postoperative constipation: fundamental nursing care - a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 1 - 9.
- Wachiratanakorn, C., & Junnuan, P. (2017). Information needs and received in preoperative patients for gynecologic surgery. *The Journal of Faculty of NursingBurapha University*, 25(4), 51 - 59.
- Yoyotthong, M., & Sawasdesun, P. (2014). Determining sample size for research. Retrieved May 26, 2015, from: <http://www.fsh.mi.th/km/wp-content/uploads/2014/04/resch.pdf>.