



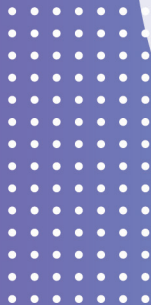
สภากาชาดไทย
THAI RED CROSS SOCIETY

EVIDENCE-BASED CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE, EB-CNPG #7-2



แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เล่ม 7-2

ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2566





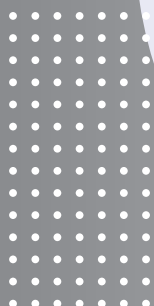
สภากาชาดไทย
THAI RED CROSS SOCIETY

EVIDENCE-BASED CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINE, EB-CNPG #7-2



แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เล่ม 7-2

ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2566



ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ ร่วมกับ
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

บรรณาธิการ

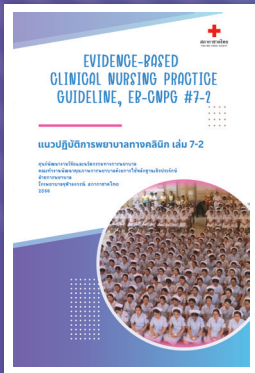
เอมอร แสงศิริ

กองบรรณาธิการ

ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์ • วันนา จินดาเพิ่ม
เพ็ญจันทร์ แจ่มใส • ฐานันท์ รัตยง • วิไล ถวิลวิสาร
สมคิด ทองดี • มนูญญา ชุมพล • กาญจนา เพียรบุญญิต

ผู้ร่วมนิพนธ์

ภัทรรัช เทศถนอม • บุปผา นันมา • จันทิพย์ ตีระ
สุวิมล เวชกามา • ดารณี ใจเอื้อ • วิจิตรา สุทธิเมธกุล



ช่องทางติดต่อ
พร้อมรับข้อเสนอแนะ
ผ่าน QRCode



Evidence-based Clinical Nursing Practice Guideline, CNPG #7-2

พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2566 จำนวน 500 เล่ม

ISBN: 978-616-8212-90-5

บรรณาธิการที่ปรึกษา (Editorial consultants)

เวลาศรี เสขียม • จิตรา จันชนะกิจ • ชุตินา ปานเด

บรรณาธิการ (Editor in chief)

เอมอร แสงศิริ

กองบรรณาธิการ (Editorial department)

ดรอุณี ผดุงเพียร • ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์ • วันนา จินดาเพิ่ม
เพ็ญจันทร์ แจ่มใส • สุวณัฐ รัตยง • วิไล ถวิลวิสาร • สมคิด ทองดี
มณีนุญา ชุมพล • กาญจนา เพ็ญบุญญิต

ติดต่อเมลล์: rincu.trc@gmail.com

จัดพิมพ์โดย: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 2 ถ. พระราม 4 ปทุมวัน กทม. 10330

พิมพ์ที่: บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด

9/11-13 ซอยเสนานิคม 1 ถนนพหลโยธิน แขวงเสนานิคม

เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900 โทร. 02-941-6650-1

Website: <https://www.boonsiriprint.com>



คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์



ปัญญาเปรียบเสมือนแก้วอันมีค่าประจำตัว
มนุษย์ที่สมบูรณ์ ปัญญาเกิดได้จากการฟังครูสอน
ได้อ่านประกอบ แล้วนำมาคิดพิจารณาให้ถี่ถ้วน ตามคำพระท่านว่า
ปัญญาย่อมเกิดได้เพราะการฝึกฝน ผู้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แล้ว
จะทำประโยชน์แก่สังคมได้ ก็โดยใช้ปัญญาเพ่งพิจารณาว่า
อะไรเป็นประโยชน์ และไม่เป็นภัยแก่ตนเอง และสังคม

พระราชโอรสในพิธีพระราชทานประกาศนียบัตรดุษฎีครุฑ
วันที่ ๑๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๓

ที่มา : <https://stang.sc.mahidol.ac.th/stangmuseum/lightbox/img/picture/musc2016/Queen12.jpg>

คำนิยาม

ด้วยปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพของประชาชน ส่วนใหญ่จะเป็น NCDs (Non - communicable diseases) และด้วยการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็น ผู้สูงอายุ ประกอบกับมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามาใช้ในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เช่น เครื่อง พยุงการทำงานของหัวใจและปอด (ECMO) เครื่อง ช่วยหายใจชนิดต่างๆ เป็นต้น ฝ่ายการพยาบาลจึงได้ จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย ต่างๆ ดังกล่าว รวบรวมไว้ในหนังสือ Clinical Nursing Practice guideline เล่มที่ 7 นี้ เพื่อที่จะช่วยให้ พยาบาลมีแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทั้งจากตัวโรค โรคร่วม และแผนการรักษาที่มีความ ก้าวหน้าอย่างไม่หยุดยั้ง รวมทั้งผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติเหล่านี้ ไปใช้ประกอบการนิเทศทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความสมรรถนะตามกำหนด และกำกับให้พยาบาลดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

ขอขอบคุณ และชื่นชม คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยหลักฐาน เชิงประจักษ์ ทีมกองบรรณาธิการ และบุคลากรศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการ พยาบาล ที่มีความเพียรพยายาม และมุ่งมั่นอย่างสูงสุด ในการค้นคว้างานวิจัย นำมา สังเคราะห์ และสกัดออกมาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล และที่สำคัญคือ ความสามารถในการเรียบเรียงเนื้อหาให้ผู้อ่านทำความเข้าใจได้โดยง่าย นำไปสู่คุณภาพของการปฏิบัติ การพยาบาลผู้ป่วยให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

พว. เฉลศรี เสงี่ยม
หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
สภากาชาดไทย



คำนิยาม

สิ่งที่พยาบาลวิชาชีพ ต้องยึดหลักในการดูแล ให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยนั้น คือ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่เป็นมาตรฐาน และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์ สามารถนำไปใช้ได้จริง ในสถานการณ์ที่ตรงกับบริบทของหน่วยงาน จะนำไปสู่ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม อันได้แก่ ผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ หรือผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่มาใช้บริการในแต่ละสาขา ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มมะเร็ง ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดลำไส้ ผู้ป่วย หรือผู้สูงอายุที่มี ปัญหาต่างๆ ในการดูแลที่จะนำไปสู่ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น

ดังนั้น ขอชื่นชมผู้เขียน EB-CNPG และคณะทำงานที่ร่วมจัดทำ Evidence-based clinical nursing practice guideline เล่ม 7 ที่สามารถค้นคว้า และนำมาเขียนเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาล ที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต หรือการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค ช่วยให้ง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก

ดร. พว. จิตรา จันชนะกิจ

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ด้านวิจัยและนวัตกรรม





เราจะมีความสุขแต่ลำพังโดยไม่คำนึงถึงความเดือดร้อน
ของคนอื่นอีกหลายคนที่เราช่วยเหลือไม่ได้
ผู้มีเมตตาจิต หวังประโยชน์ส่วนรวม
ย่อมรู้จักแบ่งปันความสุขเพื่อผู้อื่น และพร้อมที่จะช่วยบรรเทา
ความทุกข์ของผู้อื่นตามกำลังและโอกาสเสมอ

พระราชดำรัสพระราชทานแก่คณะกรรมการอาสาสมัคร และอาสาสมัคร
สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ณ พระที่นั่งอัมพรสถาน
วันที่ ๒ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๐

สารบัญ

คำนิยม	6
Quality of nursing care for.....	
IV: Fall	
6. การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ	11
7. การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง	31
V: OR	
8. การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	49
9. การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด	67
VI: OPD	
10. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก	87
VII: Wound care	
11. การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการจับถ่ายไม่ได้ (IAD)	107
ภาคผนวก	
■ รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (EB-CNPG Chula, TRC model Revised edition'2022)	130
■ Easy way for Searching & pick-up evidence-based in nursing practice by PICOT	140
■ การสังเคราะห์งานวิจัยทางการพยาบาล สำหรับการพัฒน EB-CNPG	160
INDEX	174
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	177
กองบรรณาธิการ	180
ผู้พิมพ์	182



การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ จุกเจิน

Clinical Nursing Practice Guideline:
**Fall prevention in emergency
department**

6



ภัทรรัช เทศถนอม, วท.ม. ■ กมลพร สิริคุตจตุพร, พย.ม.
ศิรฉรรณ เครือวิริยะพันธ์, พย.ม.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ จุกเจิน

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพลัดตกหกล้ม เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยในห้องฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่งผลให้การรักษาพยาบาลหรืออัตราการครองเตียงของผู้ป่วยยาวนานขึ้น (Hendrich et al., 2003) อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่เป็นภาพรวมของโรงพยาบาลในเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล และการส่งเสริมความปลอดภัยอีกด้วย การพลัดตกหกล้ม เป็นสาเหตุการตายอันดับสองรองจากจากอุบัติเหตุที่เกิดจากยานพาหนะ และพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มมากกว่าร้อยละ 25 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Spoelstra et al., 2012) จากการเก็บข้อมูลการพลัดตกหกล้มของหน่วยหน่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดการพลัดตกหกล้มทั้งหมด 16 ราย โดยแบ่งระดับความรุนแรงของการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับ C จำนวน 9 ราย ระดับ D จำนวน 5 ราย ระดับ E และ F จำนวน 2 ราย และจากการทำ Root Cause Analysis พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพลัดตกหกล้ม แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม พื้นลื่น เปียกแฉะ และเตียงผู้ป่วยอยู่ไกลจากเคาน์เตอร์พยาบาล 2) ด้านผู้ป่วย มีความต้องการไปเข้าห้องน้ำด้วยตนเอง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผุดลุกผุดนั่ง ลุกยืนบนเตียง และสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะกับการเดิน 3) ด้านเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วย ละเลยการเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน ไม่ได้ผูกมัดผู้ป่วยเมื่อจำเป็น เป็นต้น

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหา และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม นั้น ต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย และต้องมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มที่มีมาตรฐาน และลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มได้จริง กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

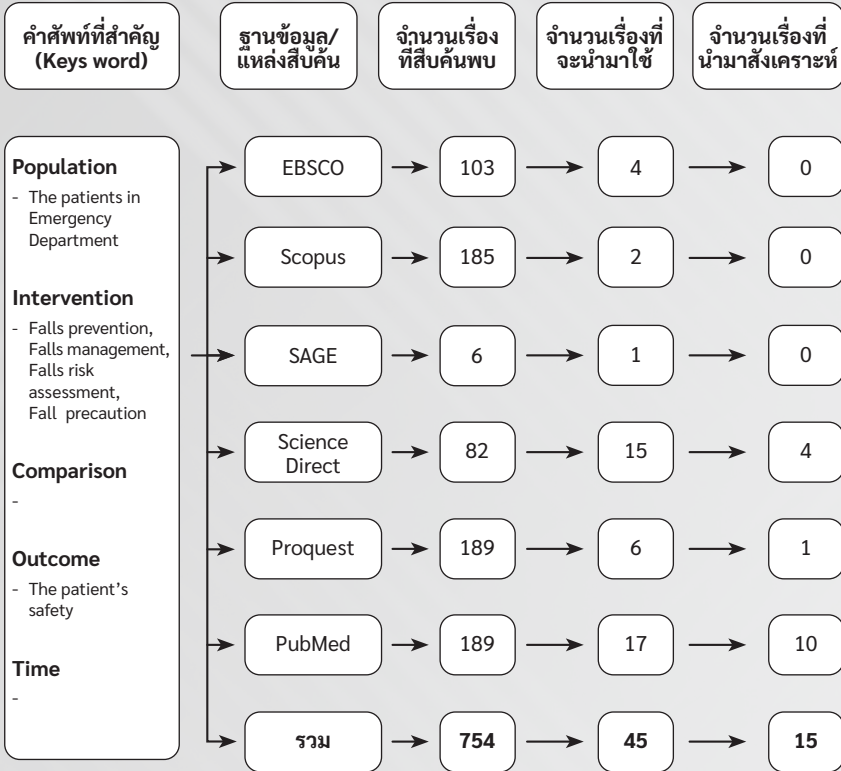
กลุ่มผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นิยามศัพท์

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง สถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม และสถานการณ์ที่เกิดอุบัติเหตุการเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู່พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม (ศูนย์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564; ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล, 2564)

บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา หมายถึง พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล และลูกจ้างประจำ



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น ค.ศ. 2015-2020

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มของ ผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แบ่งตามพื้นที่การให้บริการ ณ หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน แบ่งตามขั้นตอนการดูแล ได้ดังนี้

1. จุดคัดกรอง
2. โซนการรักษาพยาบาล
3. การบันทึก และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม

1. จุดคัดกรอง พยาบาลคัดกรอง (Screening nurse) ปฏิบัติ ดังนี้

1.1 พยาบาลคัดกรอง คัดแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้ Emergency Severity Index (ESI)

1.2 ประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมิน KINDER I Fall Risk Assessment Tool (ภาคผนวกที่ 1) (Townsend et al., 2016) (Level 7)

1.3 การให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง

1.3.1 กรณีไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มตามแบบประเมิน พยาบาลคัดกรองสื่อสารโดยการส่งเวรกับทีมผู้ปฏิบัติงานในโซนการรักษาพยาบาล (Trauma, Non-Trauma, Resuscitation, Holding area) ให้เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย และพิจารณาประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอีกครั้ง เมื่อผู้ป่วยสังเกตอาการครบ 8 ชั่วโมง (Pop et al., 2020) (Level 3)

1.3.2 กรณีพบความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูงตามแบบประเมิน (ตอบ “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ) พยาบาลคัดกรอง ปฏิบัติดังนี้

1) บันทึกระดับความเสี่ยงของการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ใน EMR และมีการขึ้นสัญลักษณ์เตือนในระบบ EMR สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง (Pop et al., 2020; Stoeckle et al., 2019; Cook et al., 2020) (Level 3, 3, 5)

2) ตัดสัญลักษณ์ดาวสีแดงไว้ที่เตียงผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Pop et al., 2020; Stoeckle et al., 2019) (Level 3, 5)

3) สื่อสารโดยการส่งเวรกับทีมผู้ปฏิบัติงานในโซนการรักษาพยาบาลถึงระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เผื่อระวังความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย (Pop et al., 2020) (Level 3)

2. โซนการรักษาพยาบาล (Trauma, Non-Trauma, Resuscitation, Holding area)

2.1 พยาบาลประจำโซนประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Memorial Emergency Department Falls Risk Assessment Tool (MEDFRAT) (ภาคผนวกที่ 2) (Flarity et al., 2013) (Level 7) นำมาประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยทุกราย และทำการประเมินโดยใช้แบบประเมินนี้ต่อเนื่องเวรละ 1 ครั้ง

2.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยที่โซนสังเกตอาการตามระดับความเสี่ยง

2.2.1 กรณีพบความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มต่ำ (0-2 คะแนน) บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ปฏิบัติดังนี้

1) ดูแลจัดการพื้นที่ที่จอดรถนอนผู้ป่วย และพื้นห้องน้ำให้ปลอดภัยแห้ง และสะอาดอยู่เสมอ ไม่มีสิ่งกีดขวาง (Pop et al., 2020 ; Stoeckle et al., 2019) (Level 3, 5)

2) ดูแลล็อกเตียงให้มั่นคง ปรับรถนอนผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำสุดเท่าที่ทำได้ และดูแลให้รถนอนผู้ป่วยมีปลายเตียงกันทุกคน (Stoeckle et al., 2019) (Level 5)

3) ยกไม้กั้นเตียงขึ้นให้เรียบร้อยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขึ้นบนรถนอนหรือภายหลังให้การพยาบาล (Stoeckle et al., 2019) (Level 5)

4) ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถไปเข้าห้องน้ำได้เอง ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา หรือญาติพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำทุกครั้ง โดยต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพังในห้องน้ำ และแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยหรือญาติถือคกลอนประตูห้องน้ำ (Pop et al., 2020) (Level 3)

5) พยาบาลประจำโซน ให้ความรู้กับญาติที่ดูแลผู้ป่วยประจำ และตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ (Pop et al., 2020) (Level 3)

6) พยาบาลประจำโซน แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ และการสังเกตอาการวิงเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าทาง

7) พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลประจำโซน แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ รวมไปถึงวิธีการขึ้น-ลงเตียงที่เหมาะสม (Pop et al., 2020) (Level 3)

8) เจ้าหน้าที่ Ward officer หมั่นตรวจสอบการใช้งานของอุปกรณ์ในห้องน้ำให้ใช้งานได้ดีอยู่เสมอ (Pop et al., 2020 ; Stoeckle et al., 2019) (Level 3, 5)

2.2.2 กรณีพบความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง (≥ 3 คะแนน)

พยาบาลประจำโซนการรักษาพยาบาล (Trauma, Non - Trauma, Resuscitation, Holding area) ปฏิบัติดังนี้

1) จัดแบ่งโซนให้รณอนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม อยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลมากที่สุด (Stoeckle et al., 2019) (Level 5)

2) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พิจารณาความเหมาะสมในการใช้ผ้าผูกมือ ผ้าผูกขา หรือผ้ารัดตัว โดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และกำชับให้เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์ให้หยิบใช้ได้ง่าย และเติมของใหม่เพียงพอต่อการใช้งาน (Stoeckle et al., 2019) (Level 5)

3) ตรวจสอบเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ที่ได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท และยาระบาย หรือยาขับปัสสาวะ โดยเพิ่มการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ทุก 2 ชม. และเน้นย้ำบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ทุกระดับประจำโชนการรักษา ให้การช่วยเหลือ และเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง (Keeffe et al., 2020; Stoeckle et al., 2019) (Level 4, 5)

4) แนะนำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้ช่วยถ้ายบนเตียง และต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโชนการรักษา คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง (Pop et al., 2020) (Level 3)

5) กรณีในช่วงเวลาญาติเข้าเยี่ยมผู้ป่วย พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล แนะนำญาติให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง และเมื่อญาติไม่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วย ต้องแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ประจำโชนการรักษาทราบทุกครั้ง (Pop et al., 2020) (Level 3)

6) บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโชนการรักษา ต้องคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขณะขึ้น - ลงจากรถนอนอย่างปลอดภัยทุกครั้ง และต้องประจำอยู่ในจุดที่เห็นผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน (Pop et al., 2020) (Level 3)

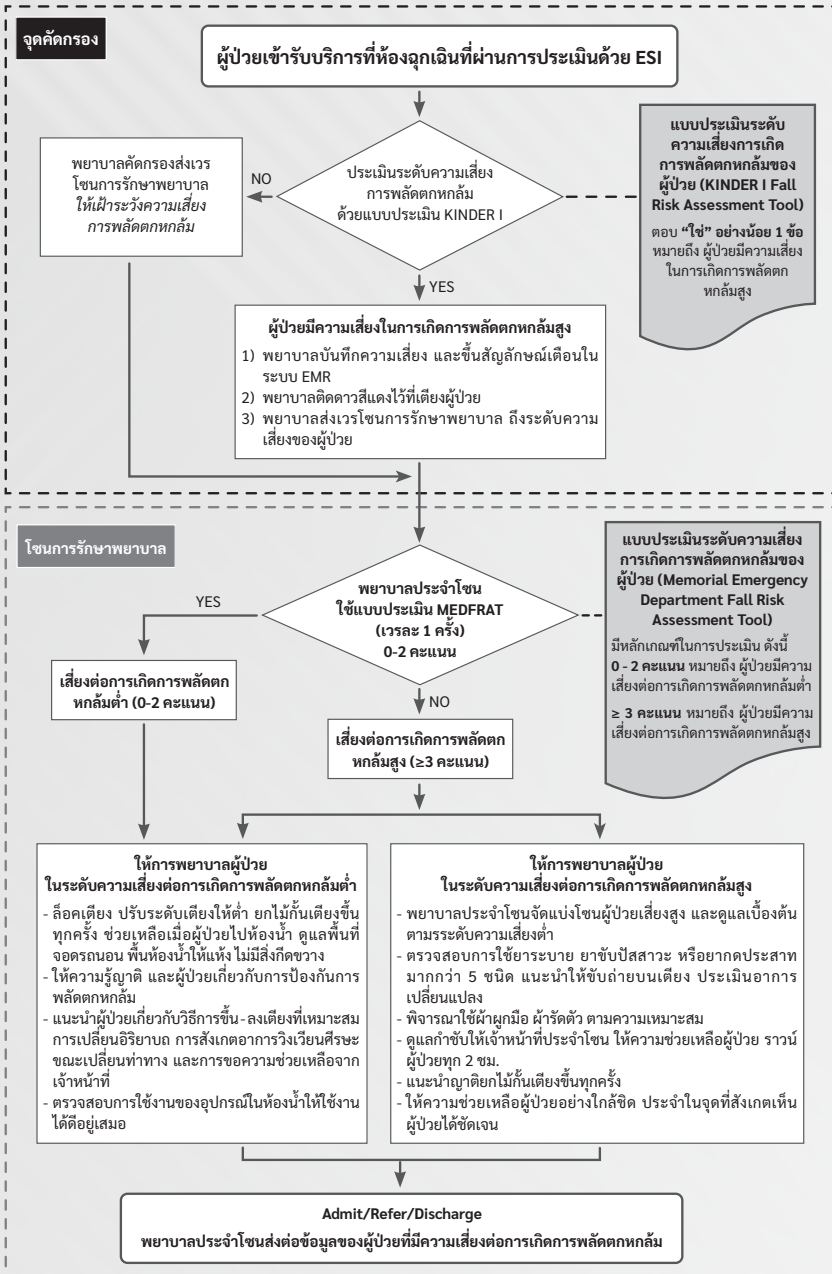
3. การบันทึก และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม

3.1 บันทึกทางการพยาบาล และติดตามเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน EMR อย่างต่อเนื่องทุกเวร และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ในกรณีที่ประเมินพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง พยาบาลลงบันทึกและเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ทุก 2 ชม.

3.2 พยาบาลประจำโชนส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง เพื่อเพิ่มการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม ให้กับพยาบาลเวรต่อไปพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (Admit) พยาบาลโรงพยาบาลปลายทางที่รับส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Caregiver) (Keeffe et al., 2020; Pop et al., 2020) (Level 3, 4)

****กรณีเกิดเหตุการณ์พลัดตกหกล้ม** พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ WI (NUR_ER022) เรื่อง การจัดการความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม และการป้องกัน, 2564

6 เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ



ผลการทดลองใช้ CNPG (Pilot study)

นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย ในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ไปนำร่องใช้กับผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ระหว่างวันที่ 1 - 15 ธันวาคม 2564

พบว่าคะแนนการประเมินจากการสังเกต สุ่มสังเกตการปฏิบัติจริง คิดเป็นร้อยละ 100 พยาบาลผู้ใช้แนวทางปฏิบัตินี้มีความพึงพอใจ เนื่องจากแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม สามารถใช้งานได้ง่ายกว่าแบบประเมินเดิม และให้ความเห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น สามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริงกับผู้ป่วยบริการที่หน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2564 เอกสารประกอบการประชุม
ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล มกราคม, 2564. เรื่อง เอกสารประชุมคณะกรรมการ
พลัดตกหกล้ม
- แนวทางปฏิบัติ WI (NUR ER022) เรื่อง การจัดการความเสี่ยงจากการพลัดตก หกล้มและการป้องกัน, 2564
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.
- Cook, N. S., Komansky, B. J., & Urton, M. S. (2020). Do No Harm: A Multifactorial Approach to
Preventing Emergency Department Falls-A Quality Improvement Project. *Journal of
emergency nursing*, 46(5), 666-674. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.03.007>
- Flarity, K., Pate, T., & Finch, H. (2013). Development and implementation of the Memorial
Emergency Department Fall Risk Assessment Tool. *Advanced emergency nursing
journal*, 35(1), 57-66. <https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31827c6a54>
- Hendrich, A. L., Bender, P. S., & Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model:
a large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied nursing
research: ANR*, 16(1), 9-21. <https://doi.org/10.1053/apnr.2003.YAPNR2>
- O' Keeffe, A., O' Grady, S., Cronin, F., Dolan, C., O' Hea, A., O' Shea, K. L., & Naughton, C. (2020).
Evaluation of an emergency department falls pathway for older people: A patient
chart review. *International emergency nursing*, 51, 100869. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100869>
- Pop, H., Lamb, K., Livesay, S., Altman, P., Sanchez, A., & Nora, M. E. (2020). Tailoring a
Comprehensive Bundled Intervention for ED Fall Prevention. *Journal of emergency
nursing*, 46(2), 225-232.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.11.010>
- Spoolstra, S. L., Given, B. A., & Given, C. W. (2012). Fall prevention in hospitals: an integrative
review. *Clinical nursing research*, 21(1), 92-112. <https://doi.org/10.1177/1054773811418106>
- Stoeckle, A., Iseler, J. I., Havey, R., & Aebbersold, C. (2019). Catching Quality Before It Falls:
Preventing Falls and Injuries in the Adult Emergency Department. *Journal of emergency
nursing*, 45(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.001>
- Townsend, A. B., Valle-Ortiz, M., & Sansweet, T. (2016). A Successful ED Fall Risk Program Using
the KINDER 1 Fall RiskAssessment Tool. *Journal of emergency nursing*, 42(6), 492-497.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.03.028>

เอกสารอ่านประกอบ

- Alexander, D., Kinsley, T. L., & Waszinski, C. (2013). Journey to a safe environment: fall prevention in an emergency department at a level I trauma center. *Journal of emergency nursing*, 39(4), 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.11.003>
- Danette Alexander, D., Terry L. Kinsley, T. L. & Waszinski, C. (2013). Journey to a save environment fall prevention in an emergency department at a level I trauma center. *Journal of Emergency Nursing*, 39(4), 346-352.
- Huded, J. M., Dresden, S. M., Gravenor, S. J., Rowe, T., & Lindquist, L. A. (2015). Screening for Fall Risks in the Emergency Department: A Novel Nursing-Driven Program. *The western journal of emergency medicine*, 16(7), 1043-1046. <https://doi.org/10.5811/westjem.2015.10.26097>
- Kientz, S., Hester, A., (2020). Predictive Model Development and Validation of the Emergency Hester Davis Scale for Fall Risk Screening, *Nursing: Research and Reviews* 2020, 10, 1-7.
- Luo, S., Kalman, M., & Haines, P. (2020). Evaluating a Fall Risk Assessment Tool in an Emergency Department. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 42(4), 205-214. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000233>
- McCarty, C. A., Woehle, T. A., Waring, S. C., Taran, A. M., & Kitch, L. A. (2018). Implementation of the MEDFRAT to Promote Quality Care and Decrease Falls in Community Hospital Emergency Rooms. *Journal of emergency nursing*, 44(3), 280-284. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.10.007>
- Scott, R. A., Oman, K. S., Flarity, K., & Comer, J. L. (2018). Above, Beyond, and Over the Side rails: Evaluating the New Memorial Emergency Department Fall-Risk-Assessment Tool. *Journal of emergency nursing*, 44(5), 483-490. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.01.007>
- Slade, S. C., Carey, D. L., Hill, A. M., & Morris, M. E. (2017). Effects of falls prevention interventions on falls outcomes for hospitalised adults: protocol for a systematic review with meta-analysis. *BMJ open*, 7(11), e017864. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017864>
- Southerland, L. T., Slattery, L., Rosenthal, J. A., Kegelmeyer, D., & Kloos, A. (2017). Are triage questions sufficient to assign fall risk precautions in the ED?. *The American journal of emergency medicine*, 35(2), 329-332. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2016.10.035>
- Tanrikula, F. & Sari, D. (2017). *Determining Patients' Risk of Falling in the Emergency Department*, *International Journal of Caring Sciences*, 10(2), 907-914.

ตาราง PCL ที่ 6

เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

เกณฑ์การประเมิน : ปฏิบัติถูกต้อง ครบถ้วน = 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

จุดคัดกรอง ใช้แบบประเมิน KINDER I Fall Assessment

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ	
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน
1.	พยาบาลคัดกรองใช้แบบประเมิน KINDER I Fall Assessment		
2.	พยาบาลคัดกรองส่งต่อข้อมูลระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยกับพยาบาลประจำโซน		
3.	พยาบาลคัดกรองบันทึกระดับความเสี่ยงของการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน EMR และมีการขึ้นสัญลักษณ์เตือนในระบบ EMR สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง		
ผู้ปฏิบัติ			
ผู้ตรวจสอบ			

ในโซนรักษาพยาบาล ใช้แบบประเมิน MEDFRAT

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ	
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน
1.	พยาบาลประจำโซนจัดแบ่งโซนให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มและติดดาวแดงไว้ที่เตียงผู้ป่วย		
2.	พยาบาลประจำโซนใช้แบบประเมิน MEDFRAT เมื่อแรกรับที่โซน Holding area และใช้แบบประเมิน MEDFRAT ที่โซน Trauma, Non - Trauma และ Resuscitation เมื่อผู้ป่วยสังเกตอาการในห้องฉุกเฉินครบ 8 ชั่วโมง และทำการประเมินต่อเนื่องเวลาละ 1 ครั้ง		
3.	บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ดูแลจัดการพื้นที่ที่จอดรถนอนผู้ป่วย และพื้นที่ห้องน้ำให้ปลอดภัย แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ ไม่มีสิ่งกีดขวาง		
4.	บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ดูแลลดความเสี่ยงให้มั่นคง ปรับรถนอนผู้ป่วยให้อยู่ในระดับต่ำสุดเท่าที่ทำได้ และดูแลให้รถนอนผู้ป่วยมีปลายเตียงกันทุกคัน		
5.	บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ยกไม้กั้นเตียงขึ้นให้เรียบร้อยทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยขึ้นบนรถนอน หรือหลังให้การพยาบาล		
6.	ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถไปเข้าห้องน้ำได้เอง ต้องมีเจ้าหน้าที่ หรือญาติพาผู้ป่วยไปเข้าห้องน้ำทุกครั้ง โดยต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ไม่ทิ้งผู้ป่วยไว้ตามลำพังในห้องน้ำ และแนะนำไม่ให้ผู้ป่วย หรือญาติ ลื้อคกนอนประตูห้องน้ำ		
7.	พยาบาลประจำโซนให้ความรู้กับญาติที่ดูแลผู้ป่วยประจำ และตัวผู้ป่วยเองเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มร่วมกันกับเจ้าหน้าที่		
8.	พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลประจำโซน แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ รวมไปถึงวิธีการขึ้น - ลงเตียงที่เหมาะสม		
9.	พยาบาลประจำโซนแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ และการสังเกตอาการเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าทาง		
10.	หน่วยงานจัดทำราวเกาะในห้องน้ำ และออกส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือในห้องน้ำทุกห้อง เจ้าหน้าที่ Ward officer หมั่นตรวจสอบการใช้งานของอุปกรณ์ในห้องน้ำให้ใช้งานได้ดีอยู่เสมอ		
11.	พยาบาลประจำโซนตรวจสอบผู้ป่วยที่ได้รับยาระบาย หรือยาขับปัสสาวะ และกำชับให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ให้การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม		

→ → →

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ	
		ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน
12.	พยาบาลประจำโซนแนะนำผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้จับถ้ายบนเตียง และต้องมีบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ได้แก่ ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่พยาบาล คอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุกครั้ง		
13.	พยาบาลประจำโซนประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย พิจารณาความเหมาะสมในการใช้ผ้าผูกมือ ผ้าผูกขา หรือผ้ารัดตัว โดยคำนึงความปลอดภัยของผู้ป่วย		
14.	พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาลประจำโซน แนะนำญาติให้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้ง และต้องแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษาทราบเมื่อต้องลงจากเตียงผู้ป่วย		
15.	พยาบาลประจำโซนตรวจสอบเฝ้ารวังในผู้ป่วยที่มีการใช้ยา ในกรณี queผู้ป่วยใช้ยากดประสาทมากกว่า 5 ชนิด และยาชนิดอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม		
16.	พยาบาลประจำโซนเพิ่มการเฝ้ารวังการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา หรือได้รับยาที่ส่งผลเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง ทุก 2 ชม. และกำชับแก่เจ้าหน้าที่ระดับอื่นๆ ที่อยู่ในโซนในการให้การช่วยเหลือ และเฝ้ารวังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง		
17.	บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับประจำโซนการรักษา ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่พยาบาล และคนงาน คอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขณะขึ้น - ลงจากรถนอนอย่างปลอดภัยทุกครั้ง และต้องประจำอยู่ในจุดที่เห็นผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน		
ผู้ปฏิบัติ			
ผู้ตรวจสอบ			

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2021
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	7	7	6	6	7	7	7	7	6	94.44
Suitability Assessment	7	7	6	6	6	7	7	7	6	92.59

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	83.33
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	87.03
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	70.14
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	85.18
หมวด 5 การนำไปใช้	70.83
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	52.77
ภาพรวม	74.88

Panel discussion

รวมทั้งหมด 3 ครั้ง วันที่ 6 กรกฎาคม 2564, 24 ธันวาคม 2564 และ 18 พฤษภาคม 2565 เวลา 09.00-12.00 น. ณ ห้องประชุม อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 24 โซน D ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 และพยาบาลระดับ 5-7 จำนวน 10 คน

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

1. พว. ภัทรรัช เทศถนอม พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หน่วยอุบัติเหตุ อุทธรณ์
2. พว. กมลพร สิริคุตจตุพร พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หน่วยอุบัติเหตุ อุทธรณ์

รายนามที่ปรึกษา

1. พว. อรทัย ธนาวิจิตรเจริญ ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านการพยาบาลเฉพาะทาง
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. พว. จิราพร พรหมพิลา ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ อุทธรณ์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. พว. โสภิตา ชิตนุกูล หัวหน้าหอผู้ป่วย ภูมิสิริฯ 1AB (NON-TRAUMA)
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. พว. จิตติพร คงนิม หัวหน้าหอผู้ป่วยศูนย์ประสานงานรับ - ส่งผู้ป่วย
และศูนย์กู้ชีพ (EMS) ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
5. ดร. พว. เอมอร แสงศิริ หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.ดร. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม ผู้ช่วยคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยพะเยา
2. รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รศ. นพ. ครองวงศ์ มุสิกถาวร หัวหน้าฝ่ายวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. นางสาวอุษณีย์ ฟองศรี ผู้ตรวจการพยาบาล งานการพยาบาลตรวจรักษา
ผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
5. พว. จิราพร พรหมพิลา ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุ อุทธรณ์
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. พว. จิตติพร คงนิม หัวหน้าหอผู้ป่วย ศูนย์ประสานงานรับ - ส่งผู้ป่วย
และศูนย์กู้ชีพ (EMS) ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ภาคผนวกที่ 1
แบบประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
(จุดคัดกรอง)
(KINDER I Fall Risk Assessment Tool)

ข้อ	เนื้อหาข้อคำถาม	การประเมิน	
		ใช่	ไม่ใช่
1.	ได้รับการนำส่งเข้าแผนกฉุกเฉินเนื่องมาจากพลัดตกหกล้ม (มีภาวะวูบเป็นลม อาการชัก หรือหมดสติ)		
2.	อายุ > 70 ปี		
3.	สภาพความรู้สึที่เปลี่ยนแปลงไป มีอาการมึนเมาจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ หรือสารที่ก่อให้เกิดอาการมึนเมา (มีอาการสับสนในวันเวลา ตัดสินใจบกพร่อง ขาดสติใส่ใจเรื่องความปลอดภัย หรือขาดความสามารถในการปฏิบัติตามคำสั่ง)		
4.	ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว: เคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง หรือต้องได้รับความช่วยเหลือ, ไม่สามารถเคลื่อนที่ไปมาหรือเคลื่อนย้ายตนเองได้		
5.	การตัดสินใจทางการพยาบาล (มีภาวะกลืนปัสสาวะ หรือกลืนอุจจาระไม่อยู่ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะราด มีความบกพร่องด้านการรับรู้ กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เวียนศีรษะ มีการใช้สารเสพติด การใช้ยาระงับประสาท)		

มีหลักเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

ตอบ “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง

ภาคผนวกที่ 2

แบบประเมินระดับความเสี่ยงการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
(Memorial Emergency Department Fall Risk Assessment Tool)

ข้อ	เนื้อหาข้อคำถาม	คะแนนการประเมิน		
		ใช่	ไม่ใช่	N/A
1.	มีประวัติพลัดตกหกล้ม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นับตั้งแต่เข้ารับการรักษาที่ รพ.	1	0	0
	1.1 มีการพลัดตกหกล้ม อันเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมเพียงสาเหตุเดียว			
	1.2 มีการพลัดตกหกล้ม อันเนื่องมาจากร่างกาย (มีภาวะวูบเป็นลม/ วิงเวียนศีรษะ)	2	0	0
	1.3 มีความเสี่ยงที่จะพลัดตกหกล้ม (มีประวัติการพลัดตกหกล้มหลายครั้ง)	3	0	0
2.	ผู้ป่วยมีอาการสับสนวุ่นวาย หรือสับสนวันเวลา สถานที่ หรือไม่	5	0	6
3.	ผู้ป่วยมีอาการมึนเมา หรือได้รับยาระงับประสาทหรือไม่	3	0	4
4.	ผู้ป่วยมีปัญหาในการเดิน หรือมีการเดินผิดปกติหรือไม่	1	0	2
5.	ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินหรือไม่	1	0	2
6.	ผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระที่ผิดปกติจากเดิมหรือไม่	1	0	2
รวมคะแนน				
ลงชื่อผู้ประเมิน				
เวลาประเมิน				

**หมายเหตุ N/A หมายถึง ไม่สามารถประเมินได้

มีหลักเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

0 - 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มต่ำ

≥ 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มสูง



เกียรติกับเงินไม่ใช่อันหนึ่งอันเดียวกัน
จะเอามารวมกันไม่ได้เลยเด็ดขาด
ผู้ที่เราควรจะยกย่องว่ามีเกียรติสูงคือ ผู้ที่ไม่เสียชาติเกิด
ผู้ไม่ปล่อยเวลาให้ผ่านไปโดยเปล่าประโยชน์
แต่ใช้เวลาในชีวิตของเขาทุกวินาที สะสมคุณงามความดี

พระราชดำรัสในพิธีพระราชทานเข็มที่ระลึกแก่ผู้บริจาคโลหิต ณ สภานเสาวภา
วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๔

การป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในผู้ป่วยมะเร็ง

Clinical Nursing Practice Guideline:

Fall prevention in cancer patients



บุปผา นันมา, พย.ม. ■ อัมภา บัวหลวง, พย.บ.

ธิดาพรรณ สุวรรณรัตน์, พย.บ. ■ ศุภวรรณ พันธุศิริ, พย.บ.

ลักขณา มะรังกา, พย.ม. ■ วิไล ถวิลวิสาร, พย.ม.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะรังสีรักษา

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลเป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อย และเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ อาการแย่ลง หรือเสียชีวิตได้ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษานานขึ้น นอกจากนี้ยังแสดงถึงความพร่องในการดูแล และคุณภาพการพยาบาลอีกด้วย (Baker et al., 2016) การป้องกันพลัดตกหกล้มเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเมเร็งที่จัดเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังและสูงอายุ ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปัญหาซับซ้อนทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ มีพยาธิสภาพของโรคหลายด้าน มีปัญหาการทรงตัวและการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ผู้ป่วยเมเร็งส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุมักมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจะได้รับยาหลายชนิด ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มได้มากขึ้น (Wildes et al., 2017)

จากการทบทวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยโรคเมเร็งเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2562 จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.5 (ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - เดือนกันยายน 2562) และในปี 2563 เกิดพลัดตกหกล้มจำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.4 (ข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 - เดือนกันยายน 2563) ดังการศึกษาของ Jung - Mei et al., 2017 กล่าวว่าผู้ป่วยเมเร็งมีโอกาสหกล้มมากกว่าผู้ป่วยอื่น และเมื่อเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม แม้จะไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือบาดเจ็บเล็กน้อยก็ตาม และมีการรักษาเพิ่มเติมหากได้รับบาดเจ็บรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจครอบครัว เกิดความไม่เชื่อมั่นคุณภาพการดูแลของพยาบาลอีกด้วย

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เห็นความสำคัญของการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยเมเร็งที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่ากลุ่มโรคอื่น (Wildes et al., 2017) จึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล และเป็นการบูรณาการความรู้ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ และคุณภาพการบริการที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

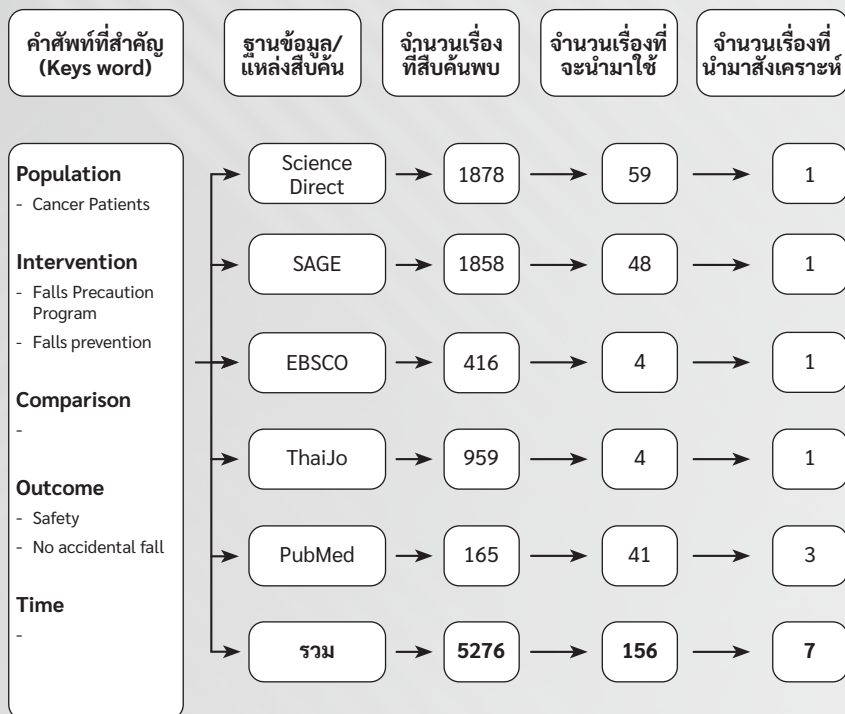
กลุ่มผู้ป่วย: ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ: บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งทุกระบบ ทุกเพศ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

การพลัดตกหกล้ม หมายถึง สถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และสถานการณ์ที่เกิดอุบัติการณ์การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของร่างกายจากการลื่น ไถล ถลา หรือตกไปสู่พื้นที่ต่ำกว่าร่างกาย ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ หรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม (ศูนย์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2565; ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล, 2564)



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น พ.ศ. 2560-2564

ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มระดับสูง ด้วยแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม MSKCC

ขั้นตอนที่ 4 บันทึกทางการพยาบาล

ข้อพึงระวัง : การจำแนกประเภทของผู้ป่วยใน (IPD) ที่ให้บริการรักษาด้วยเคมีบำบัด / รังสีรักษา / กลืนแร่ จัดเป็นพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม (Location High Fall Risk) (ศูนย์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2565)

ดังนั้น ผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงทุกราย

ขั้นตอนที่ 1 การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

พยาบาลเจ้าของไข้วางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้มใน รพ.จุฬาลงกรณ์ สำหรับผู้ป่วยใน (IPD) (WI-NUR-RM-001, อนุมัติ 1 ก.พ. 65) ดังนี้

1. ประเมินความจำเป็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจนจากเคาน์เตอร์พยาบาล
2. กำหนดสัญลักษณ์ เช่น ปลอกแซนสีแดง สัญลักษณ์ดาวสีแดง จุดสีแดงบนป้ายชื่อผู้ป่วยหน้าห้อง

3. เผ่าระวังผู้ป่วยขณะใช้ห้องน้ำ ไม่ปิดไฟในเวลากลางคืน
4. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งข้างเตียง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเข้าห้องน้ำ
5. สังเกตอาการหรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง
6. ย้ำเตือนให้ผู้ป่วยที่สับสนรับรู้ถึงปัจจุบัน (Reorient)
7. จัดตารางการขับถ่ายให้ผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการใช้สุขาเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม
8. ส่งต่อข้อมูลแก่แผนกอื่น กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น แผนกรังสี
9. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าทีม พยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก หรือ ผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการจัดผู้ดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด
10. เน้นย้ำข้อจำกัดของกิจกรรม / คำเตือนด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และ ครอบครัวได้ทราบ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและระบุปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการพลัดตก หกล้มตามแนวทาง MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer center) (Kline et al., 2008)

2.1 พยาบาลเจ้าของไข้ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้วยแบบประเมิน MSKCC (ตารางที่ 1) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินและให้การพยาบาลต่อเนื่อง ดังนี้

1) ผู้ป่วยไม่พบปัจจัยเสี่ยงตามแนวทาง MSKCC ให้การพยาบาลตามขั้นตอนที่ 1 ต่อเนื่อง

2) ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง ให้การพยาบาลในขั้นตอนที่ 1 ต่อเนื่อง และเพิ่มกิจกรรมการพยาบาลตามการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยแนวทาง MSKCC ในขั้นตอนที่ 3

ตารางที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม MSKCC

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม MSKCC	
ให้ท่านทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่มีปัจจัยต่อการพลัดตกหกล้ม หมายเหตุ การทำเครื่องหมายหนึ่งครั้งหรือมากกว่าบ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	
ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย	
- ประวัติการพลัดตกหกล้ม	
- ต้องการความช่วยเหลือในการใช้สุขาเคลื่อนที่ หรือเข้าห้องน้ำ	
- ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังเก้าอี้ หรือต้องการความช่วยเหลือทั้งหมดในการเคลื่อนย้าย	
มีประสาทสัมผัสบกพร่อง	
- มีการมองเห็นบกพร่อง / การได้ยินบกพร่อง ซึ่งส่งผลต่อการเคลื่อนไหว พยาธิสภาพทางระบบประสาท	
มีการเคลื่อนไหวบกพร่อง	
- มีการเดินที่ไม่สมดุล	
- มีอาการอ่อนแรงของร่างกายซีกขวา / ซ้าย	
- มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา	
ปัจจัยด้านยา	
- มียาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาระงับประสาท ยาคลายกังวล) หรือยากันชัก	

จัดทำโดย กลุ่มพัฒนา CNPG เรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

ที่มา: Kline NE, Thom B, Quashie W, et al. "A Model of Care Delivery to Reduce Falls in a Major Cancer Center." In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. **Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches** (Vol.1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43526/>

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย เพื่อป้องกันการ พลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็งที่มีระดับความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้มสูง ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้ม MSKCC

พยาบาลเจ้าของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลเฉพาะราย โดยเพิ่มกิจกรรม
การพยาบาลตามปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินได้ ด้วยแบบประเมิน MSKCC ดังต่อไปนี้

3.1 ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านร่างกาย/มีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย บกพร่อง จัดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

3.1.1 ให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือเคลื่อนที่ไปมาเมื่อจำเป็น
(Rhonda et al., 2016; (Babine et al., 2016) (Level VI)

3.1.2 จัดตารางช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าห้องน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะ
ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือก้อนปัสสาวะไม่อยู่

3.1.3 ดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าห้องน้ำ

3.1.4 ให้ผู้ป่วยใช้สุขาเคลื่อนที่เมื่อจำเป็น

3.1.5 บอกวัน เวลา และสถานที่ปัจจุบัน (Reorient) ให้กับผู้ป่วยที่มี
ภาวะสับสน

3.1.6 เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นใหม่ พิจารณา
ปรึกษาแพทย์กายภาพบำบัด เพื่อประเมินและให้การบำบัดตามความเหมาะสม (Mary
et al., 2019; (Galantino et al., 2019) (Level IV)

3.1.7 ฝึกให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ไม้เท้า
อุปกรณ์ช่วยเดิน

3.2 ปัจจัยด้านยา จัดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

3.2.1 ประเมินผลข้างเคียงของยา ปรึกษาเภสัชกร/แพทย์เมื่อจำเป็น

3.2.2 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา เช่น ยา
นอนหลับ ยาขับปัสสาวะ ยาบรรเทาปวด หรือยากันชัก

3.2.3 ประเมินระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น ยาขับปัสสาวะ / ยาระบาย เพื่อเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ (Jana et al., 2020) (Level VI)

3.2.4 กรณีใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรให้ความรู้กับผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อเลือดออกได้ง่าย หากได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม

3.3 ประสาทสัมผัสบกพร่อง จัดกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

3.3.1 ตรวจสอบว่าผู้ป่วยสวมใส่แว่น หรืออุปกรณ์ช่วยฟังแล้วหรือไม่

3.3.2 ประเมินอาการขาและการรับรู้ความรู้สึกที่ลดลงบริเวณปลายมือ ปลายเท้าของผู้ป่วย

3.3.3 ช่วยเหลือผู้ป่วยในการฝึกการเคลื่อนไหวเมื่อจำเป็น (Rhonda et al. 2016) (Level VI)

ขั้นตอนที่ 4 บันทึกทางการพยาบาล

4.1. พยาบาลเจ้าของไข้ติดตามประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มซ้ำๆ โดย

4.1.1 ประเมินซ้ำทุกเวร ทุกวัน

4.1.2 เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

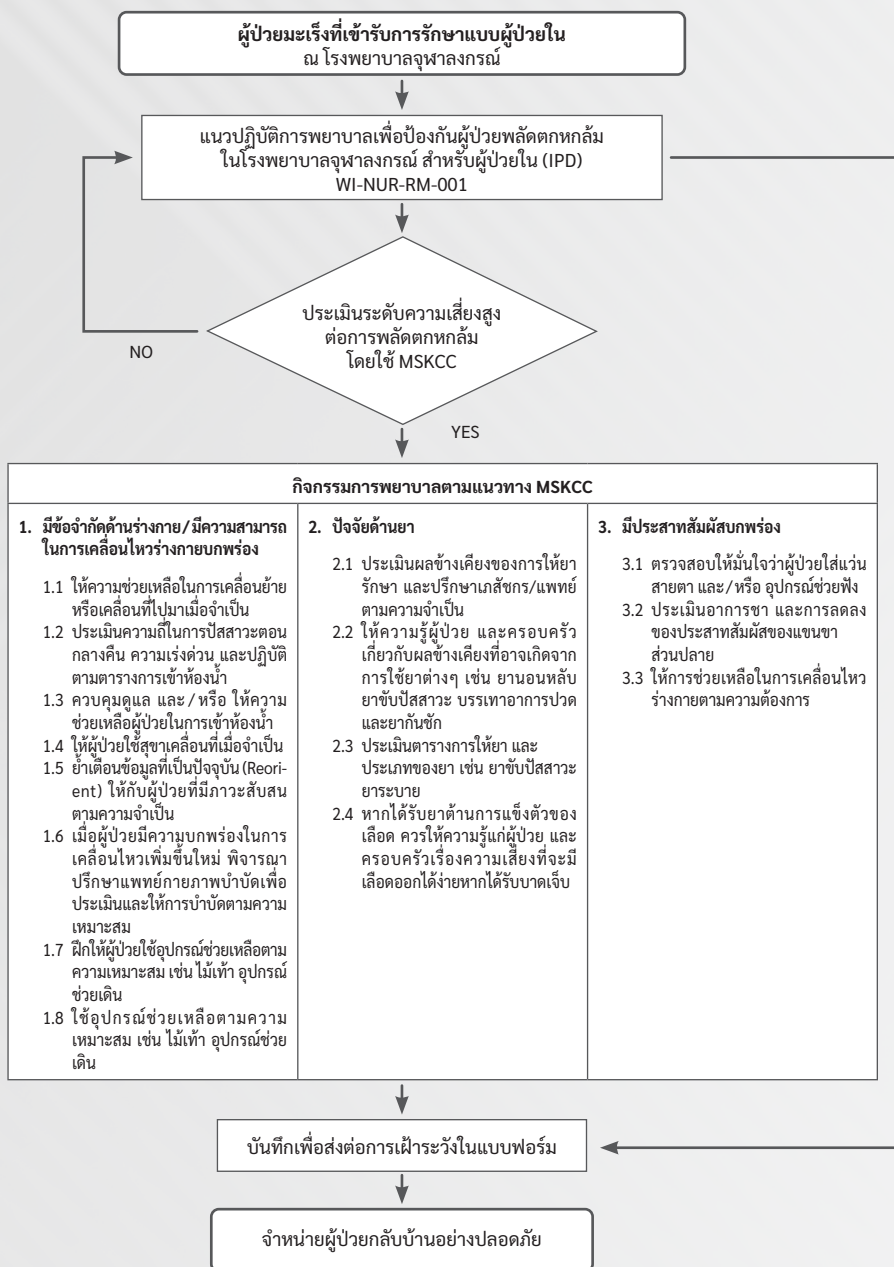
4.1.3 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดและทำหัตถการต่างๆ

4.1.4 เมื่อผู้ป่วยได้รับยากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

4.2 กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล

4.3 พยาบาลเจ้าของไข้ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างรับ - ส่งเวร และจัดการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามประเด็นที่พบ

7 เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง



ผลการทดลองใช้ EB-CNPG (Pilot study)

หัวข้อกิจกรรม		ปฏิบัติ (ร้อยละ)
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ)		
1. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและการพยาบาลเฉพาะเจาะจงตามที่ประเมินได้		100
2. ประเมินความจำเป็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจนจากเคาน์เตอร์พยาบาล		100
3. กำหนดสัญลักษณ์ เช่น ปกอกแขนสีแดง สัญลักษณ์ดาวสีแดง จุดสีแดงบนป้ายชื่อผู้ป่วยหน้าห้อง		100
4. เฝ้าดูผู้ป่วยขณะใช้ห้องน้ำ ไม่ปิดไฟในเวลากลางคืน		100
5. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งข้างเตียง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเข้าห้องน้ำ		100
6. สังเกตอาการหรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง		80
7. ย้ายเตียงให้ผู้ป่วยที่สับสนรับรู้ปัจจุบัน (reorient) หากจำเป็น		100
8. จัดตารางการขับถ่ายให้ผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการใช้สุขาเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม		98
9. แจ้งหน่วยส่งต่อให้ทราบ กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น แผนกรังสี		100
10. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าทีม พยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก หรือผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการจัดผู้ดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด		100
11. เน้นย้ำข้อจำกัดของกิจกรรม/ ค่าเตือนด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและครอบครัวได้ทราบ		100
กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติม		
1. มีข้อจำกัดด้านร่างกาย/มีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง	1.1 ให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือเคลื่อนที่ไปมาเมื่อจำเป็น	100
	1.2 จัดตารางเวลาให้ความช่วยเหลือพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	89
	1.3 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าห้องน้ำ	100
	1.4 ให้ผู้ป่วยใช้สุขาเคลื่อนที่เมื่อจำเป็น	100
	1.5 ย้ายเตียง วัน เวลา สถานที่ปัจจุบัน (Reorient) ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน	100
	1.6 เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นใหม่ พิจารณาปรึกษาแพทย์กายภาพบำบัดเพื่อประเมินและให้การบำบัดตามความเหมาะสม	100
	1.7 ฝึกให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน	100
	1.8 ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน	100

→ → →

หัวข้อกิจกรรม		ปฏิบัติ (ร้อยละ)
2. ปัจจัยด้านยา	2.1 ประเมินผลข้างเคียงของการให้ยารักษา และปรึกษาเภสัชกร / แพทย์ตามความเหมาะสม	100
	2.2 ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาขับปัสสาวะ บรรเทาอาการปวด และยากันชัก	100
	2.3 ประเมินตารางการให้ยาและประเภทยของยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย	100
	2.4 หากได้รับยาด้านการแข็งตัวของเลือด ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องความเสี่ยงที่จะมี เลือดออกได้ง่ายหากได้รับบาดเจ็บ	100
3. มีประสาทสัมผัสบกพร่อง	3.1 ตรวจสอบให้มั่นใจว่าผู้ป่วยใส่แว่นสายตา และ / หรืออุปกรณ์ช่วยฟัง	100
	3.2 ประเมินอาการชา และการลดลงของประสาทสัมผัสของแขนขาส่วนปลาย	100
	3.3 ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ	
ภาพรวม		98.73

นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยว่องวานิชชั้น 5, 6 และ 7 เป็นระยะเวลา 1 เดือน (วันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 43 ราย พบว่า พยาบาลเจ้าของไข้ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็งคิดเป็นร้อยละ 98.73 และไม่พบอัตราการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

เอกสารอ้างอิง

- ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล. (2564). การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เอกสารนำเสนอ). การประชุมใหญ่ ครั้งที่ 80 ชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล. ประเทศไทย.
- ศูนย์บริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยผู้ป่วย. (2565). แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สำหรับผู้ป่วยใน (IPD). โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- Baker, A. L. et al., (2016). Development of an Implementation plan for the 6-pack fall prevention Programme as a part of Randomised controlled trial: Project for a series of preimplementation studies. *Injury Prev.* 22(1): 446-45
- Barker, A. L., Morello, R. T., Ayton, D. R., Hill, K. D., Landgren, F. S., & Brand, C. A. (2016). Development of an implementation plan for the 6-PACK falls prevention programme as part of a randomised controlled trial: protocol for a series of preimplementation studies. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 22(6), 446-452. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2015-041915>
- Babine, R. L., Hyrkäs, K. E., Bachand, D. A., Chapman, J. L., Fuller, V. J., Honess, C. A., & Wierman, H. R. (2016). Falls in A Tertiary Care Hospital-Association With Delirium: A Replication Study. *Psychosomatics*, 57(3), 273-282. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.01.003>
- Galantino, M. L., Tiger, R., Brooks, J., Jang, S., & Wilson, K. (2019). Impact of Somatic Yoga and Meditation on Fall Risk, Function, and Quality of Life for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Syndrome in Cancer Survivors. *Integrative cancer therapies*, 18, 1534735419850627. <https://doi.org/10.1177/1534735419850627>
- Jana Michalcova, Carel Vasut, Marja Airaksinen and Katarina Bielakova. (2020). Inclusion of medication-related fall risk in fall risk assessment tool in geriatric care units. *BMC Geriatrics*. 20, 454.
- Jung-Mei Tsai, Hui-Hsien Chien, Shou-Chuan Shih, Shu-Chen Lee , Li-Yun Tsai, and Shioh-Luan Tsay. (2016). Using Balanced Scorecard on Reducing Fall Incidents and Injuries Among Elderly Cancer Patients in a Medical Center in Taiwan. *International Journal of Gerontology*. 11(1): 253-257. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2016.05.012>.
- Kline, N. E., Thom, B., Quashie, W., et al. (2008). "A Model of Care Delivery to Reduce Falls in a Major Cancer Center." In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol.1: Assessment)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43526/>.

- Galantino, M. L., Tiger, R., Brooks, J., Jang, S., & Wilson, K. (2019). Impact of Somatic Yoga and Meditation on Fall Risk, Function, and Quality of Life for Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Syndrome in Cancer Survivors. *Integrative cancer therapies*, 18, 1534735419850627. <https://doi.org/10.1177/1534735419850627>
- Michalcova, J., Vasut, K., Airaksinen, M., & Bielakova, K. (2020). Inclusion of medication-related fall risk in fall risk assessment tool in geriatric care units. *BMC geriatrics*, 20(1), 454. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01845-9>
- Babine, R. L., Hyrkäs, K. E., Bachand, D. A., Chapman, J. L., Fuller, V. J., Honess, C. A., & Wierman, H. R. (2016). Falls in A Tertiary Care Hospital-Association With Delirium: A Replication Study. *Psychosomatics*, 57(3), 273-282. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.01.003>
- Sattar, S., Kenis, C., Haase, K., Burhenn, P., Stolz-Baskett, P., Milisen, K., Ayala, A. P., & Puts, M. T. E. (2020). Falls in older patients with cancer: Nursing and Allied Health Group of International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of geriatric oncology*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.03.020>
- Sattar, S., Haase, K., Kuster, S., Puts, M., Spoelstra, S., Bradley, C., Wildes, T. M., & Alibhai, S. (2021). Falls in older adults with cancer: an updated systematic review of prevalence, injurious falls, and impact on cancer treatment. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(1), 21-33. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05619-2>
- Sattar, S., Kenis, C., Haase, K., Burhenn, P., Stolz-Baskett, P., Milisen, K., Ayala, A. P., & Puts, M. T. E. (2020). Falls in older patients with cancer: Nursing and Allied Health Group of International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of geriatric oncology*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.03.020>
- Wildes, T. M., Depp, B., Colditz, G., & Stark, S. (2016). Fall-risk prediction in older adults with cancer: an unmet need. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3681-3684. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3312-1>

ตาราง PCL ที่ 7
เรื่อง การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

หัวข้อกิจกรรม		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ)			
1. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและการพยาบาลเฉพาะเจาะจงตามที่ประเมินได้			
2. ประเมินความจำเป็นในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจนจากเคาน์เตอร์พยาบาล			
3. กำหนดสัญลักษณ์ เช่น ปลอกแซนสีแดง สัญลักษณ์ดาวสีแดง จุดสีแดงบนป้ายชื่อผู้ป่วยหน้าห้อง			
4. เฝ้าดูผู้ป่วยขณะใช้ห้องน้ำ ไม่ปิดไฟในเวลากลางคืน			
5. ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการลุกนั่งข้างเตียง การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเข้าห้องน้ำ			
6. สังเกตอาการหรือตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 1 ชั่วโมง			
7. ย้ำเตือนให้ผู้ป่วยที่สับสนรับรู้ปัจจุบัน (reorient) หากจำเป็น			
8. จัดตารางการขับถ่ายให้ผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการใช้สุขาเคลื่อนที่ตามความเหมาะสม			
9. แจ้งหน่วยส่งต่อให้ทราบ กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการพลัดตกหกล้ม เช่น แผนกรังสี			
10. ประสานงานกับพยาบาลหัวหน้าทีม พยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก หรือผู้ตรวจการพยาบาล เพื่อพิจารณาความจำเป็นในการจัดผู้ดูแลผู้ป่วยแบบใกล้ชิด			
11. เน้นย้ำข้อจำกัดของกิจกรรม / คำเตือนด้านความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย และครอบครัวได้ทราบ			
กิจกรรมการพยาบาลเพิ่มเติม			
1. มีข้อจำกัดด้านร่างกาย/มีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง	1.1 ให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย หรือเคลื่อนที่ไปมาเมื่อจำเป็น		
	1.2 จัดตารางเวลาให้ความช่วยเหลือพาผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะปัสสาวะบอยตอนกลางคืน หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่		
	1.3 ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการเข้าห้องน้ำ		
	1.4 ให้ผู้ป่วยใช้สุขาเคลื่อนที่เมื่อจำเป็น		
	1.5 ย้ำเตือน วัน เวลา สถานที่ปัจจุบัน (Reorient) ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน		

→ → →

หัวข้อกิจกรรม		ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	1.6 เมื่อผู้ป่วยมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้นใหม่ พิจารณาปรึกษาแพทย์กายภาพบำบัดเพื่อประเมิน และ ให้การบำบัดตามความเหมาะสม		
	1.7 ฝึกให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน		
	1.8 ใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือตามความเหมาะสม เช่น ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดิน		
2. ปัจจัยด้านยา	2.1 ประเมินผลข้างเคียงของการให้ยา รักษา และ ปรึกษาเภสัชกร/แพทย์ ตามความเหมาะสม		
	2.2 ให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาต่างๆ เช่น ยานอนหลับ ยาขับปัสสาวะ บรรเทาอาการปวด และยากันชัก		
	2.3 ประเมินตารางการให้ยาและประเภทของยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาระบาย		
	2.4 หากได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวเรื่องความเสี่ยงที่จะมีเลือดออกได้ง่ายหากได้รับบาดเจ็บ		
3. มีประสาทสัมผัสบกพร่อง	3.1 ตรวจสอบให้มั่นใจว่าผู้ป่วยใส่แว่นสายตา และ / หรือ อุปกรณ์ช่วยฟัง		
	3.2 ประเมินอาการชา และการลดลงของประสาทสัมผัสของแขนขาส่วนปลาย		
	3.3 ให้การช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายตามความต้องการ		
รวมคะแนน			

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2021
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	6	6	7	6	6	6	7	7	6	88.89
Suitability Assessment	6	6	7	6	6	6	7	7	6	88.89

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	98.13
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	74.07
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	70.83
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	59.26
หมวด 5 การนำไปใช้	49.99
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	66.67
ภาพรวม	66.67

Panel Discussion

นำเสนอวันที่ 17 มิถุนายน พ.ศ. 2565 ณ ห้องประชุม 1204 อาคารภูมิสิริ-มิ่งคลานุสรณ์ ชั้น 12 ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 - 7 และคณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ รวมจำนวน 15 คน

รายนามผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. พว. บุปผา นันมา | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 |
| 2. พว. อำภา บัวหลวง | พยาบาลวิชาชีพระดับ 7 หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 5 |
| 3. พว. ธิดาพรรณ สุวรรณรัตน์ | พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 5 |

รายนามที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. พว. ศิริพร พันธุ์พริ้ม | ผู้ตรวจการพยาบาล |
| 2. พว. ณัฏชา อัครวิญญูกิจ | ผู้ตรวจการพยาบาล |
| 3. พว. ลักษณะา มะรังกา | หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 6 |
| 4. พว. ศุภวรรณ พันธุศิริ | หัวหน้าหอผู้ป่วยว่องวานิช ชั้น 5 |
| 5. ดร. พว. เอมอร แสงศิริ | หัวหน้าศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรม
ทางการพยาบาล |
| 6. พว. วันนา จินดาเพิ่ม | ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล 7
ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. อ. นพ. ไชยธรรม์ เพชรหล่อเหลียน | หัวหน้าสาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 2. ผศ. ดร. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม | ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนานิสิตและวิเทศสัมพันธ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 3. ดร. ผกามาศ แอร์โซก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยส่องกล้อง
ศูนย์ความเป็นเลิศระบบทางเดินอาหาร ตับ
และทางเดินน้ำดี โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยชวติ
ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ |
| 4. พว. สมพงษ์ จันจุผล | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 15C2 |

การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Clinical Nursing Practice Guideline:

Bowel preparation in patients before undergoing colonoscopy



จันทิพย์ ตีระทะ, สค.ม. ■ ขวัญจิตร ส่งเสริม, พย.บ.

กนกพร ตรงเมธิ, พย.ม. ■ อรทัย อารมณศิลป์, พย.บ.

อนงค์นาถ เสงสุวรรณ, พย.บ. ■ สุทธิกาญจน์ เตศิริ, พย.บ.

สมพงษ์ จันจุผล, วท.ม.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมและจักษุ โสตฯ และออร์โธปิดิกส์

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นหัตถการที่ใช้ในการตรวจ วินิจฉัยโรคที่มีความผิดปกติทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการ ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากรทั่วไป และเป็นการตรวจที่ช่วยเฝ้า ระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยง จากสถิติข้อมูลผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มี จำนวน 3,264 ราย 3,223 ราย และ 2,977 ราย ตามลำดับ

การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ผู้ที่เข้ารับการตรวจจำเป็นต้องได้รับการ เตรียมตัวทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ โดยเน้นความสำคัญในการเตรียมลำไส้ การ เตรียมลำไส้ที่สะอาดเพียงพอร่วมกับการใช้กล้องส่องตรวจที่มีกำลังขยาย และความ ละเอียดสูง สามารถทำให้บอกชนิดของติ่งเนื้อในลำไส้ใหญ่ได้ โดยไม่ต้องตัดออกมา ตรวจ และมีความถูกต้อง ซึ่งการเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาดเพียงพอ อาจส่งผลให้ไม่ สามารถมองเห็นความผิดปกติในลำไส้ และไม่สามารถตัดติ่งเนื้อ หรือชิ้นเนื้อได้อย่าง มีประสิทธิภาพ จากสถิติข้อมูลคุณภาพของการเตรียมลำไส้ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้อง ตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี พ.ศ. 2563 แบ่งเป็น แผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกพบว่า แผนกผู้ป่วยในมีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ ในระดับดี ร้อยละ 2.20 ระดับพอใช้ ร้อยละ 43.17 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 54.62 ในขณะที่ผู้ป่วยนอกมีคุณภาพของการเตรียมลำไส้ในระดับดี ร้อยละ 14.41 ระดับพอใช้ ร้อยละ 67.15 และระดับต้องปรับปรุง ร้อยละ 18.43 ซึ่งการเตรียมลำไส้ ที่ไม่สะอาด ส่งผลถึงความปลอดภัยในการตรวจวินิจฉัยโรค ทำให้ต้องมีการเตรียมตัวใหม่ และตรวจซ้ำ เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จากการเตรียมการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ และทวารหนักในผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก มีปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมลำไส้ที่ แตกต่างกัน เช่น อายุ โรคประจำตัว แบบแผนการขับถ่ายที่แตกต่างกันของผู้ป่วย และ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมก่อนเข้ารับการตรวจ ฯลฯ

ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยให้พยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็น การพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นเลิศ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ วินิจฉัยโรคอย่างแม่นยำ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมลำไส้ที่สะอาดพร้อมสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรค
2. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเตรียมลำไส้สำหรับการส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
3. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการเตรียมลำไส้ของผู้ที่เข้ารับ การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

กลุ่มผู้ป่วย: ผู้ป่วยศัลยกรรมทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับการวางแผนล่วงหน้าที่จะทำการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ผู้ใช้ CNPG: พยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

นิยามศัพท์

การเตรียมลำไส้ใหญ่ (Bowel Preparation) หมายถึง การรับประทาน ยาระบาย Polyethylene glycol (PEG) เพื่อเตรียมลำไส้ให้สะอาดสำหรับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colonoscopy) หมายถึง การใช้กล้องที่มีลักษณะเป็นท่อขนาดเล็กสอดเข้าไปทางทวารหนัก เพื่อตรวจดูความผิดปกติได้ตั้งแต่ทวารหนัก ลำไส้ใหญ่รวมถึงลำไส้เล็กส่วนปลาย มีเป้าหมายเพื่อการตรวจวินิจฉัย แยกโรค คัดกรอง และติดตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หลังการรักษาแบบหายขาด โดยให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับ ยาระงับปวด ใช้เวลาทำหัตถการประมาณ 15 - 30 นาที

การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ (Quality of Bowel Preparation) คือ การสังเกตลักษณะของอุจจาระภายหลังการรับประทานยาระบาย โดยแบ่งระยะความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากสี และลักษณะของอุจจาระ ตาม Chula Bowel Preparation Quality Chart (ห้องส่องกล้อง Surgical endoscopy โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2555)

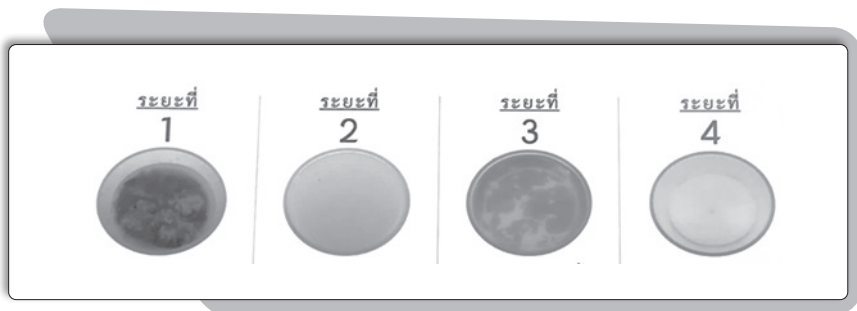
Chula Bowel Preparation Quality Chart แบ่งได้ 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 อุจจาระเป็นก้อน

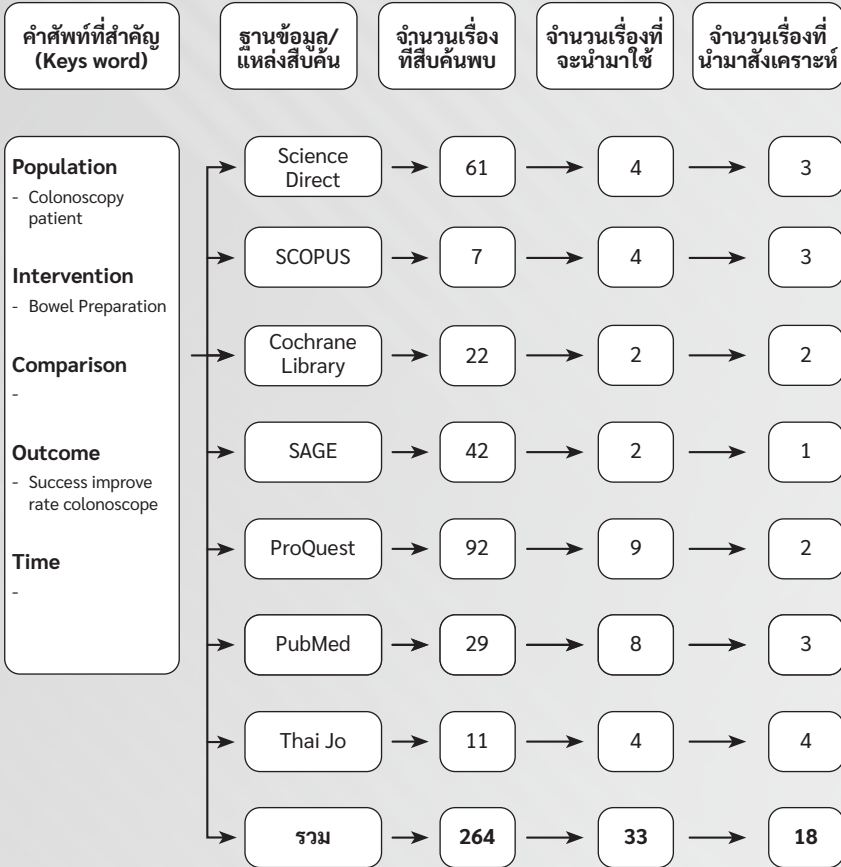
ระยะที่ 2 อุจจาระเหลวเป็นน้ำขุ่น

ระยะที่ 3 อุจจาระเป็นน้ำสีเหลืองใสมีตะกอน

ระยะที่ 4 อุจจาระเป็นน้ำสีเหลืองใสไม่มีตะกอนเหมือนปัสสาวะ



ภาพที่ 1 | ภาพแสดงการแบ่งระยะความสะอาดของลำไส้ใหญ่จากสี และลักษณะของอุจจาระ Chula Bowel Preparation Quality Chart
ที่มาภาพ: (ห้องส่องกล้อง Surgical endoscopy โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2555)



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น พ.ศ. 2558-2564

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการเตรียมลำไส้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่หลังได้รับการเตรียมลำไส้ โดยใช้อะบาย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก

พยาบาลห้องส่องกล้อง ตรวจสอบ ชื่อ - สกุล และการสั่งตรวจการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ว่าตรงกับประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยนอก (เมื่อผู้ป่วยได้รับการนัดหมายเพื่อทำการส่องกล้องจากแพทย์ ศัลยกรรม จะได้รับเอกสารแนะนำข้อปฏิบัติ เพื่อเตรียมตัวเข้ารับการส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พร้อมอะบาย)

1.1 พยาบาลห้องส่องกล้องโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า 7 วัน ก่อนเข้ารับการส่องกล้องเพื่อยืนยันการนัดหมายผู้ป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ชักประวัติ การเจ็บป่วย การไข้ยาและการแพ้ยา พร้อมทั้งแนะนำเรื่องสิทธิการรักษา มีรายละเอียด ดังนี้

1.1.1 ประวัติโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจค่าการทำงานของไต ก่อนเลือกใช้อะบายในการเตรียมความสะอาดลำไส้

1.1.2 ประวัติการใช้ยาและอาหารเสริมบางชนิดที่มีข้อควรระวัง

1) ผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด เช่น Aspirin, ASA, Plavix, Coumadin, Warfarin เป็นต้น ต้องหยุดรับประทานยาอย่างน้อย 7 วัน ก่อนมารับการส่องกล้อง

2) ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริม เช่น น้ำมันปลา (Fish oil) และก๊วย **ต้องหยุดรับประทานอาหารเสริมอย่างน้อย 7 วัน** ก่อนมารับการส่องกล้อง

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้งดยาเบาหวานทั้งชนิดรับประทาน และชนิดฉีดในวันที่มาส่องกล้อง

4) ยาอื่นๆ ที่สามารถรับประทานได้ตามปกติ เช่น ยาลดความดันโลหิต **ยาโรคหัวใจ (ที่ไม่ใช่ยาละลายลิ่มเลือด)** ยาไทรอยด์, ยารักษา Asthma และ COPD ยารักษาโรคอื่นๆ เช่น HIV, Hepatitis, TB

1.1.3 อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล เข้าใจถึงเหตุผล ความสำคัญ และความจำเป็นที่ต้องได้รับการส่องกล้องทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความสำคัญของการเตรียมลำไส้

1.1.4 ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับการเตรียมลำไส้ และสอบถามประวัติการรับประทานอาหาร 2 วันก่อนการ Admit คือ อาหารอ่อนไม่มีกาก การรับประทานอาหารมีรายละเอียดดังนี้ (Jeon, 2019) (level 3)

1) 2 วันก่อนทำการส่องกล้อง

- รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่มีกาก ไม่ใส่ผัก เช่น ข้าวต้มเปล่า โจ๊กเปล่า ไข่ไข่ และเนื้อปลา น้ำเต้าหู้ นม โอวัลติน เป็นต้น

- **งด**เครื่องดื่มที่มีอณูพืช งดข้าวกล้อง งดน้ำผลไม้ที่มีกาก

2) 1 วันก่อนทำการส่องกล้อง

- **มือเช้าและเที่ยง** รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ไม่มีกาก ไม่ใส่ผัก เช่น ข้าวต้มเปล่า โจ๊กเปล่าไข่ไข่ และเนื้อปลา

- **มือเย็น** รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีกาก (อาหารที่มีลักษณะเหลวที่สามารถมองเห็นผ่านได้ โดยไม่มีเนื้ออาหารใดๆ เป็นส่วนประกอบ) ได้แก่ น้ำซุปใส น้ำแกงจืด น้ำแอปเปิ้ล ชาที่ไม่ใส่นม

- **งด**น้ำหวานสีดำ - แดง - เขียว

1.1.5 ให้คำแนะนำการรับประทานยาระบาย ตามแผนการรักษา ความจำเป็นในการใช้ยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา และแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หรือน้ำปริมาณมากก่อนการรับประทาน ยาระบาย โดยวิธีการรับประทานยาระบายมีรายละเอียดดังนี้

1) 1 วันก่อนส่องกล้อง รับประทานยาระบาย PEG 1 ซองต่อน้ำ 1 ลิตร เวลา 18.00 น. ให้หมดภายใน 1 ชั่วโมง (Park, 2016) (Level 2)

2) วันที่เข้ารับการส่องกล้อง รับประทานยาระบาย PEG 1 ซอง ต่อน้ำ 1 ลิตร เวลา 06.00 น. ภายใน 1 ชั่วโมง (Hookey, 2019) (Level 3)

1.1.6 ให้คำแนะนำในการสังเกตลักษณะของอุจจาระเป็นน้ำสีเหลืองใส ไม่มีตะกอนเหมือนปัสสาวะ หรือถ่ายรูปครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล

1.1.7 ให้คำแนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาระบาย หากมีอาการคลื่นไส้อาเจียน ถ่ายเหลวบ่อยจนอ่อนเพลีย หรือภายหลังการรับประทาน ยาระบาย แล้วไม่ถ่ายร่วมกับอาการปวดท้อง แน่นท้องมาก โทรศัพทติดต่อพยาบาล ที่หมายเลขโทรศัพท์ 02-649-4049 (ในเวลาราชการ)

2. ผู้ป่วยใน

2.1 การเตรียมพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ (Katseesung, 2015) (Level 3)

2.1.1 ชักประวัติการเจ็บป่วย การใช้ยา และบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก Nursing Admission Assessment Form มีรายละเอียด ดังนี้

2.1.1.1 ประวัติโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์เพื่อตรวจค่า การทำงานของไต ก่อนเลือกใช้ยาระบายในการเตรียมความสะอาดลำไส้ได้อย่างเหมาะสม ประวัติการใช้ยาและอาหารเสริมบางชนิดที่มีข้อควรระวัง

1) ผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด เช่น Aspirin, ASA, Plavix, Coumadin, Warfarin เป็นต้น ต้องหยุดรับประทานยาอย่างน้อย 7 วัน ก่อนมารับการส่องกล้อง

2) ผู้ป่วยรับประทานอาหารเสริม เช่น น้ำมันปลา (fish oil) และกัวย ต้องหยุดรับประทานอาหารเสริมอย่างน้อย 7 วัน ก่อนมารับการส่องกล้อง

3) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้งดยาเบาหวานทั้งชนิดรับประทาน และชนิดฉีดในวันที่มาส่งกลัอง

4) ยาอื่นๆ ที่สามารถรับประทานได้ตามปกติ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาโรคหัวใจ (ที่ไม่ใช่ยาละลายลิ่มเลือด) ยาไทรอยด์ ยารักษา Asthma และ COPD ยารักษาโรคอื่นๆ เช่น ยารักษาโรค HIV, Hepatitis, TB

2.1.2 อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ/ผู้ดูแล เข้าใจถึงเหตุผล ความสำคัญ และความจำเป็นที่ต้องได้รับ การส่งกลัองทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และความสำคัญของการเตรียมลำไส้

2.2 แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร เช่นเดียวกับคำแนะนำของผู้ป่วยนอก ซึ่งทางโรงพยาบาลจะจัดเตรียมอาหารให้สำหรับการเตรียมลำไส้และทวารหนัก

2.3 แนะนำเรื่องการรับประทานยาละลายตามแผนการรักษา โดยทางโรงพยาบาลจะจัดเตรียมให้

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการเตรียมลำไส้

1. ผู้ป่วยนอก

1.1 ชักประวัติผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการเจ็บป่วย และการใช้ยาลงในแบบบันทึก Pre Scope ที่ใช้ในห้องส่งกลัอง

1.2 ประเมินอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาละลาย เนื่องจากหลังรับประทานยาละลายจะมีอาการถ่ายเหลวปริมาณมาก อาจร่วมกับอาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง อ่อนเพลีย เป็นต้น

2. ผู้ป่วยใน

2.1 สอบถามประวัติการรับประทานอาหาร 2 วันก่อนการ Admit คือ อาหารอ่อนไม่มีกาก

2.2 การรับประทานอาหาร และยาละลายสำหรับผู้ป่วยใน พยาบาลติดตามดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหาร และยาละลาย ตามแผนการรักษาของแพทย์

2.3 ภายหลังการรับประทานยาระบาย แนะนำให้ผู้ป่วยขยับร่างกาย เช่น ลุกเดิน ในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดให้ขยับตัวบนเตียง เพื่อกระตุ้นการทำงานของลำไส้ (Noh, 2020) (Level 2)

2.4 ติดตามและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานยาระบาย อาจร่วมกับ อาการข้างเคียงอื่น ๆ เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดแน่นท้อง อ่อนเพลีย เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่หลังได้รับการเตรียมลำไส้โดยใช้ยาระบาย

พยาบาลห้องส่องกล้องสอนผู้ป่วย และญาติ ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ จากลักษณะและสีของอุจจาระตาม Chula Bowel Preparation Quality Chart (ห้องส่องกล้อง Surgical endoscopy โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2555) ติดตามประเมินอุจจาระต่อเนื่อง บันทึกผลระยะการเตรียมลำไส้ในบันทึกทางการพยาบาล

- กรณีที่ 1: ระยะที่ 4 (อุจจาระเป็นน้ำสีเหลืองใสไม่มีตะกอนเหมือนปัสสาวะ) ส่งผู้ป่วยไปห้องส่องกล้อง พร้อมแจ้งผลการเตรียมลำไส้แก่แพทย์เจ้าของไข้

- กรณีที่ 2: ระยะที่ 1 - 3 รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้รับประทานยาระบายเพิ่มเติมตามแผนการรักษา และติดตามประเมินระยะอุจจาระซ้ำ

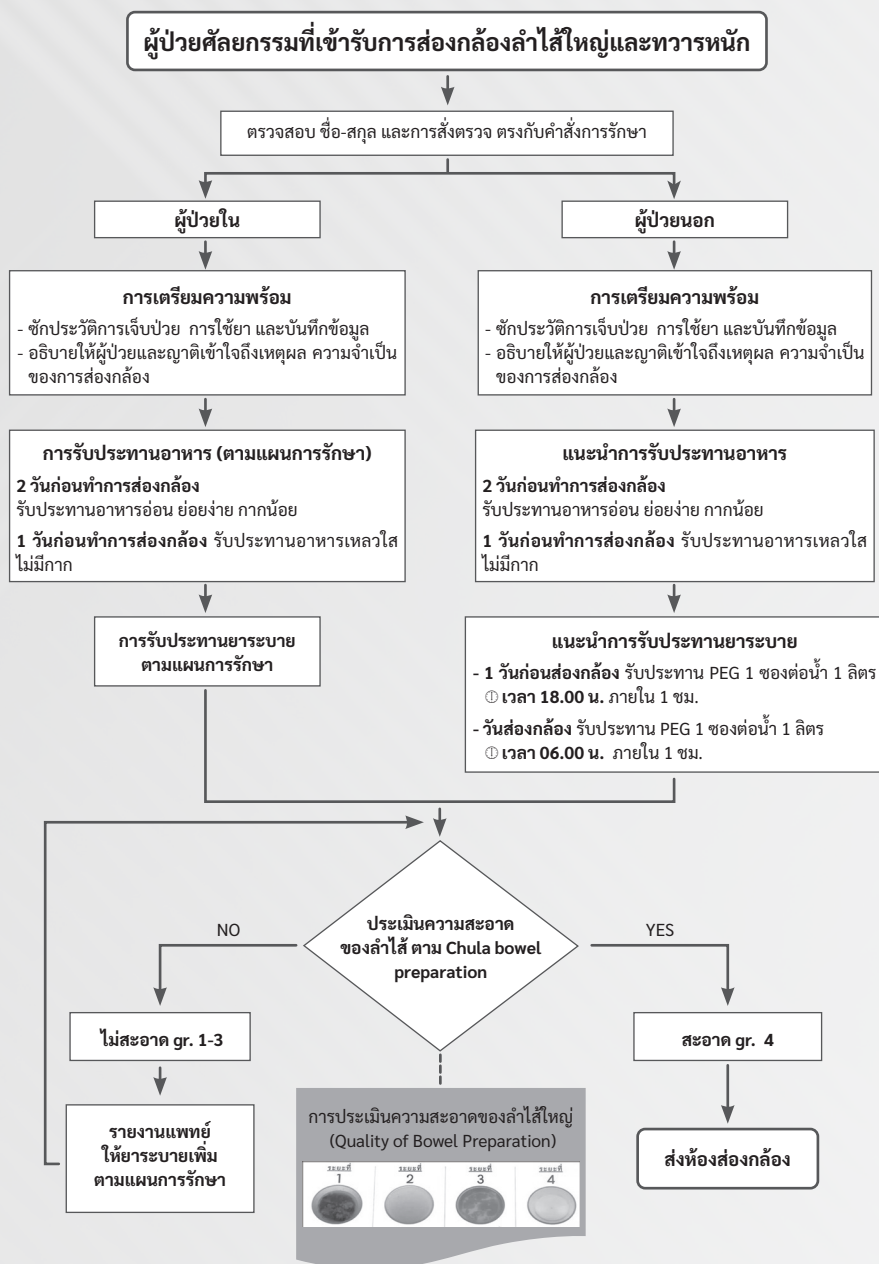
กรณีผู้ป่วย OPD Case ให้ผู้ป่วยถ่ายภาพลักษณะของอุจจาระ โดยให้พยาบาลประจำห้องส่องกล้องประเมินซ้ำ

กรณีผู้ป่วย IPD ประเมินซ้ำ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การส่งผู้ป่วย (เฉพาะผู้ป่วย IPD)

พยาบาลหอผู้ป่วยดูแลส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ โดยตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย พร้อมแจ้งระยะความสะอาดของลำไส้ ปริมาณยา PEG ที่ผู้ป่วยได้รับ ที่ใช้ในการเตรียมลำไส้ และลักษณะอุจจาระ ให้ทางห้องส่องกล้องรับทราบ

8 เรื่อง การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



ผลการทดลองใช้ EB-CNPG (Pilot study)

หัวข้อ	ร้อยละของการปฏิบัติ	สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติ
1. ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล และการส่งตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ว่าตรงกับประวัติการเข้ารับการรักษของผู้ป่วย	100%	
2. สอบถามประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัดต่างๆ ในอดีต และยาที่รับประทานเป็นประจำ	100%	
3. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจถึงเหตุผล และความจำเป็นในการเตรียมลำไส้ และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก	100%	
4. สอบถามประวัติการรับประทานอาหาร 2 วันก่อนการ Admit คือ อาหารอ่อนไม่มีกาก	93.75%	เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ไม่ได้ทำการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง จึงรับประทานอาหารธรรมดา 2 วันก่อนทำการส่องกล้อง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีสีดำ สีแดง สีเขียว ไม่มีกาก 1 วันก่อนการส่องกล้องฯ	100%	
6. ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หรือน้ำปริมาณมากก่อนการรับประทานยาระบาย	100%	
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระบายตามแผนการรักษา	100%	
8. แนะนำให้ผู้ป่วยร่วมประเมินลักษณะอุจจาระตาม Chula Bowel Preparation Quality Chart	100%	
9. บันทึกลักษณะของอุจจาระตามระยะที่ประเมินได้ และรายงานแพทย์รับทราบ เพื่อประเมินความพร้อมในการส่องกล้องฯ	100%	
10. ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ โดยตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย พร้อมแจ้งชนิดยาที่ใช้ในการเตรียมลำไส้ ปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับ และลักษณะอุจจาระให้ทางห้องส่องกล้องรับทราบ	100%	

จากการเก็บข้อมูลนำร่องการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ผู้ป่วยที่ทำการส่องกล้อง จำนวน 16 ราย พยาบาลปฏิบัติตามแนวทาง คิดเป็นร้อยละ 99.38 พบว่า ข้อ 4 สอบถามประวัติการรับประทานอาหาร 2 วันก่อนการ Admit พยาบาลไม่ได้ปฏิบัติ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ไม่ได้ทำการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง จึงรับประทานอาหารธรรมดา 2 วันก่อนทำการส่องกล้อง

เอกสารอ้างอิง

- ภัคกร เกตุสีสังข์, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล และรัชชัยย์ อัครวิพุธ. (2015) ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ และความวิตกกังวลในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก.
- Gee, T., Lee, L., Liew, N.C., Lim, S. Y., Ghani, N. S. A., & Martindale, R. G. (2019). *Efficacy of low residue enteral formula versus clear liquid diet during bowel preparation for colonoscopy: a randomised controlled pilot trial. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 39(1), 62-66
- Guo, B., Zuo, X., Li, Z., Liu, J., Xu, N., Li, X., & Zhu, A. (2020). Improving the quality of bowel preparation through an app for inpatients undergoing colonoscopy: A randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 76(4), 1037-1045. <https://doi.org/10.1111/jan.14295>
- Guo, X., Yang, Z., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Kang, X., Li, X., Jia, H., Yang, S., Tao, Q., Pan, Y., & Guo, X. (2017). Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal endoscopy*, 85(1), 90-97.e6. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.05.012>
- Hookey, L., Bertiger, G., Lee Johnson, K., 2nd, Ayala, J., Seifu, Y., & Brogadir, S. P. (2019). Efficacy and safety of a ready-to-drink bowel preparation for colonoscopy: a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 12,1756284819851510. <https://doi.org/10.1177/1756284819851510>
- Hsu, W. F., Liang, C. C., Lin, C. K., Lee, T. H., & Chung, C. S. (2016). A modified bowel preparation protocol improves the quality of bowel cleansing for colonoscopy. *Advances in Digestive Medicine*, 3(3), 144-147.
- Jeon, S. C., Kim, J. H., Kim, S. J., Kwon, H. J., Choi, Y. J., Jung, k S. E., Moon, W., Park, M. 1, & Park, S. J. (2019). Effect of Sending Educational Video Clips via Smartphone Mobile Messenger on Bowel Preparation before Colonoscopy. *Clinical endoscopy*, 52(1), 53-58. <https://doi.org/10.5946/ce.2018.072>
- Jiao, L., Wang, J., Zhao, W., Zhu, X., Meng, X., & Zhao, L. (2020). Comparison of the effect of 1-day and 2-day low residue diets on the quality of bowel preparation before colonoscopy. *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 26(3), 137-143. https://doi.org/10.4103/sjg.SJG_471_19
- Katseesung, P., Asdornwised, U., Pinyopasakul, W., Akaraviputh, T. . (2015). Effects of Continuing Care Program on Quality of Bowel Preparation and Anxiety in Who Receiving Ambulatory Colonoscopy.. *Nursing Science Journal of Thailand*, 33(3), 61-73.

- Liu, C., Song, X., & Hao, H. (2018). Educational Video Followed by Retelling Bowel Preparation Process to Improve Colonoscopy Bowel Preparation Quality: A Prospective Nursing Intervention Study. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 24, 6029-6037. <https://doi.org/10.12659/MSM.909572>
- Noh, C. K., Kim, I. S., Lee, G. H., Park, J. W., Lee, E., Park, B., Hong, H. J., Lim, S. G., Shin, S. J., Kim, J. H., & Lee, K. M. (2020). Comparison of Effectiveness between Abdominal Vibration Stimulation and Walking Exercise for Bowel Cleansing before Therapeutic Colonoscopy. *Gut and liver*, 14(4), 468-476. <https://doi.org/10.5009/gnl19999>
- Park, J. S., Kim, M. S., Kim, H., Kim, S. I., Shin, C. H., Lee, H. J., Lee, W. S., & Moon, S. (2016). A randomized controlled trial of an educational video to improve quality of bowel preparation for colonoscopy. *BMC gastroenterology*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12876-016-0476-6>
- Spada, C., Cesaro, P., Bazzoli, F., Saracco, G. M., Cipolletta, L., Buri, L., Crosta, C., Petruzzello, L., Ceroni, L., Fuccio, L., Giordanino, C., Elia, C., Rotondano, G., Bianco, M. A., Simeth, C., Consalvo, D., De Roberto, G., Fiori, G., Campanale, M., & Costamagna, G. (2017). Evaluation of Clensia®, a new low-volume PEG bowel preparation in colonoscopy: Multicentre randomized controlled trial versus 4L PEG. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 49(6), 651-656. <https://doi.org/10.1016/j.dld.2017.01.167>
- Wen, M. C., Kau, K., Huang, S. S., Huang, W. H., Tsai, L. Y., Tsai, T. Y., & Tsay, S. L. (2020). Smartphone education improves embarrassment, bowel preparation, and satisfaction with care in patients receiving colonoscopy: A randomized controlled trial. *Medicine*, 99(46), e23102. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023102>
- Wongtawee, S. (2018). Nurses' Role in Colonoscopy at Outpatient Department. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 38(2), 142-148.
- Yıldar, M., Yaman, İ., Başbuğ, M., Çavdar, F., Topfedaisi, H., & Derici, H. (2017). A new approach in bowel preparation before colonoscopy in patients with constipation: A prospective, randomized, investigator-blinded trial. *Turkish journal of surgery*, 33(1), 29-32. <https://doi.org/10.5152/UCD.2015.3189>
- Zad, M., Do, C. N., Heffernan, A., Johnston, L., & Al-Ansari, M. (2019). Factors affecting bowel preparation adequacy and procedural time. *JGH open : an open access journal of gastroenterology and hepatology*, 4(2), 206-214. <https://doi.org/10.1002/jgh3.12241>

ตาราง PCL ที่ 8
เรื่อง การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้อง
ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.	ตรวจสอบ ชื่อ - สกุล และการสั่งตรวจการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนักว่าตรงกับประวัติการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วย		
2.	สอบถามประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัดต่างๆ ในอดีต และยาที่รับประทานเป็นประจำ		
3.	อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ เข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นในการเตรียมลำไส้ และการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก		
4.	สอบถามประวัติการรับประทานอาหาร 2 วันก่อนการ Admit คือ อาหารอ่อนไม่มีกาก		
5.	ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเหลวใส ไม่มีสีดํา สีแดง สีเขียว ไม่มีกาก 1 วันก่อนการส่องกล้องฯ		
6.	ดูแลแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร หรือน้ำปริมาณมากก่อนการรับประทานยาระบาย		
7.	ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระบายตามแผนการรักษา		
8.	แนะนำให้ผู้ป่วยร่วมประเมินลักษณะอุจจาระตาม Chula Bowel Preparation Quality Chart		
9.	บันทึกลักษณะของอุจจาระตามระยะที่ประเมินได้และรายงานแพทย์รับทราบ		
10.	ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจ โดยตรวจสอบความเรียบร้อยของผู้ป่วย พร้อมแจ้งลำไส้ ปริมาณยา PEG ที่ผู้ป่วยได้รับ ใช้ในการเตรียมลำไส้ และลักษณะอุจจาระให้ทางห้องส่องกล้องรับทราบ		

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2019
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	7	6	7	7	7	7	7	7	7	57.98
Suitability Assessment	7	6	7	7	7	7	7	7	7	57.98

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	90.74
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	87.03
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	92.36
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	88.88
หมวด 5 การนำไปใช้	91.66
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	88.88
ภาพรวม	92.89

Panel discussion

ครั้งที่ 1: วันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เวลา 9.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1212 อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 12 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 และพยาบาลระดับ 5-7 จำนวน 30 คน

ครั้งที่ 2: วันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เวลา 9.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1212 อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 12 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 และพยาบาลระดับ 5-7 จำนวน 22 คน

ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. พว. จันทิพย์ ตีระณะ | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 15C2 |
| 2. พว. ขวัญจิตร ส่งเสริม | หัวหน้าหอผู้ป่วยสิรินธร 2 หอผ่าตัดศัลยกรรมเล็ก และห้องส่องกล้อง Surgical Endoscopy |
| 3. พว. อรทัย อารมณศิลป์ | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 สิรินธร 2
หอผ่าตัดศัลยกรรมเล็ก และห้องส่องกล้อง
Surgical Endoscopy |
| 4. พว. กนกพร ตรงเมธิ | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 15C1 |
| 5. พว. อนงค์นาถ เฮงสุวรรณ | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 15C2 |
| 6. พว. วิจิตกาญจน์ เตศิริ | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 5 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 24B |

รายนามที่ปรึกษา

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 1. พว. สมพงษ์ จันจุผล | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ ชั้น 16C2 |
|-----------------------|-------------------------------------|

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. อ. นพ. สุกกิจ ขมิฬีย์ | อาจารย์ประจำหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ. ดร. ประภาพร จินันท์ยา | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 3. พว. สกกลัน ชัมดิน | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 7
ศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร ภูมิสิริฯ 10A |

การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด

Clinical Nursing Practice Guideline:

Prevention of pressure injury in patients undergoing surgery in the operation room



สุวิมล เวชกามา, พย.บ. ■ ระพี เสียงเสนาะ, พย.ม.
พิชรินทร์ ศรองธรรม, พย.ม. ■ ปราชญ์จิรย์ จิตกลาง, พย.บ.
แกมมณีย์ พันธนาถวิริยกุล, พย.บ.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผ่าตัด

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ มีลักษณะการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนัง มักพบบริเวณเหนือปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์อื่นๆ (European Pressure Ulcer Advisory, 2015) จากการศึกษาของ Fred และคณะ 2012 พบว่าแผลกดทับที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (Intraoperatively acquired pressure ulcer: IAPUs) คิดเป็นร้อยละ 45 ของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลทั้งหมด (Hospital acquired pressure ulcer: HAPUs) ซึ่งผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีโอกาสเกิดแผลกดทับในระหว่างการผ่าตัดได้ถึงร้อยละ 66 (AORN, 2016) และสถิติในปี พ.ศ. 2562-2564 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบระงับความรู้สึก พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับร้อยละ 1.64, 1.23 และ 1.50 ตามลำดับ (กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด, 2021)

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดมีปัจจัยมาจาก ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาในการดมยาสลบ การสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด การจัดทำที่ใช้ในการผ่าตัด และการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด (Ling et al, 2018) นอกจากนี้ แผลกดทับที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัดมีสาเหตุมาจากแรงกดที่กระทำต่อตัวผู้ป่วย ทำให้การไหลเวียนเลือดลดลง แรงกดที่กระทำบนตัวผู้ป่วยเป็นเวลานานจึงทำให้เกิดแผลกดทับ (Li et al., 2015)

ดังนั้น การปฏิบัติที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงข้างต้น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง คณะผู้จัดทำจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย และผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย: ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มผู้ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลประจำหอผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นิยามศัพท์

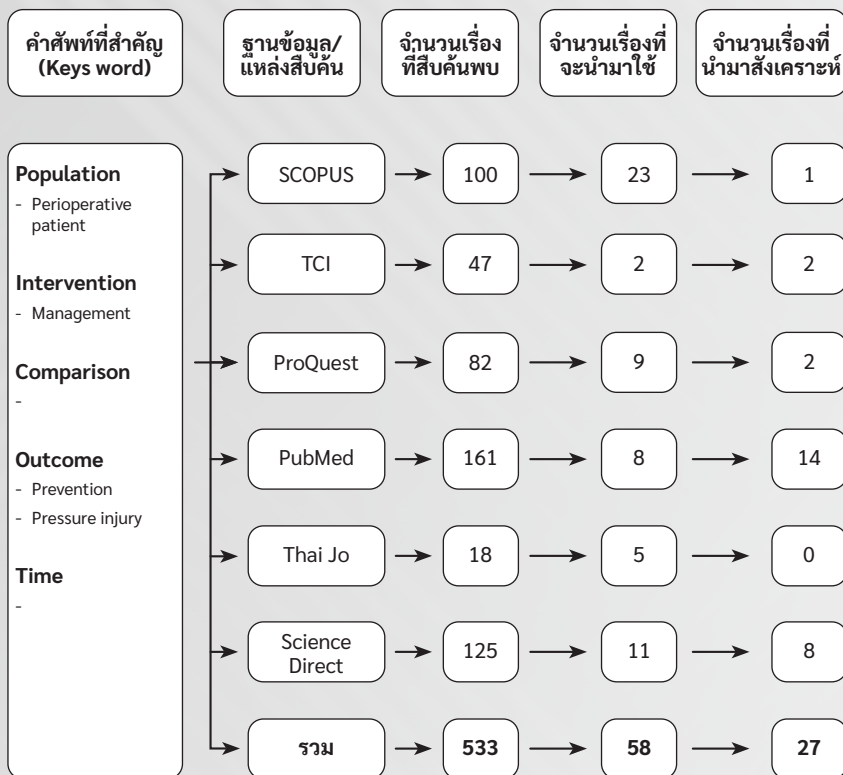
แผลกดทับในระยะผ่าตัด หมายถึง การที่ผิวหนังถูกกดทับอยู่ตลอดเวลา ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานานตั้งแต่ 2 ชั่วโมงขึ้นไป ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ซึ่งมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตรวจพบได้ตั้งแต่ผ่าตัดเสร็จทันที หรือหลังผ่าตัดเสร็จ 72 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 4 ระดับตามเกณฑ์ประเมินระดับแผล National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (NPUAP, 2019) ดังนี้

แผลกดทับระดับ 1 หมายถึง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่ และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง แม้ไม่มีแรงกดทับ รอยแดงก็ไม่จางหายภายใน 30 นาที และผิวจะอุ่น หรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่นสามารถหายได้เองภายใน 24 ชั่วโมง

แผลกดทับระดับ 2 หมายถึง การสูญเสียของผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ บริเวณพื้นแผลเป็นสีชมพู หรือสีแดงมีความชุ่มชื้น และอาจแสดงให้เห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก หรือยังไม่แตก

แผลกดทับระดับ 3 หมายถึง การสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันในแผล มีเนื้อเยื่อใหม่สีแดงและลักษณะขอบแผลม้วน มีโอกาสพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง

แผลกดทับระดับ 4 หมายถึง การสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็น หรือสัมผัสชั้นเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณพื้นแผล มีโอกาสพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายแห้งแข็ง ขอบแผลมีลักษณะม้วน มีโพรงใต้ขอบแผล



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น พ.ศ. 2559

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ในระยะก่อนผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะขณะผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะหลังผ่าตัด

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์ในระยะก่อนผ่าตัด ที่หอผู้ป่วย และ Holding area

1.1 การเตรียมผู้ป่วย

1) วางแผนให้การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในขณะผ่าตัด ในหัวข้อต่อไปนี้ Age >70 ปี, Diabetes mellitus (DTX >126mg%), Vascular disease, COPD, Obesity (BMI >29.9 kg/m²), Malnutrition (Lovegrove et al., 2021) (Level 1)

2) การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของผิวหนังทั่วร่างกาย ตามแบบประเมิน Pressure injury stages ของ NPUAP (NPUAP, 2019) หากพบความผิดปกติให้ลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกทางการพยาบาล (AORN, 2017) (Level 6)

3) ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ Glucose level >140 mg/dL, Albumin <3.5gm/dL, Hematocrit <40% เพื่อประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดแผลกดทับในขณะผ่าตัด (AORN, 2016) (Level 6)

4) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วยแบบประเมิน The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk (Bergstrom, 1987)

1.2 การเตรียมอุปกรณ์

- 1) เตรียมอุปกรณ์ตามมาตรฐานการจัดทำผ้าตัด ตาม WI - NUR - 005 เรื่อง การจัดทำสำหรับการผ้าตัดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ, 2559
- 2) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามปัจจัยเสี่ยง ให้เตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังแสดงในตารางที่ 2
- 3) จัดผ้าปูเตียงที่อยู่ใต้ตัวผู้ป่วยให้มีความเรียบตึง ไม่มีรอยยับ (ปราณี เทพไชย และคณะ, 2561) (Level 5)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับจําแนกตามปัจจัยเสี่ยง

Factor	Age > 70 years		Age > 70 years
		Obesity (BMI > 29.9 kg/m ²)	Diabetes mellitus (DTX> 126 mg%), Vascular disease, COPD, malnutrition (BMI < 18.5 kg/m ²)
Devices		Soft foam and Gel pads	Durable Barrier cream
Position	Prophylactic dressing	Supine	Supine
		Side-lying	Side-lying
		Prone	Prone

(ที่มาภาพ: <https://www.pinterest.com/pin/289497082289654406/>)

ขั้นตอนที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในระยะขณะผ่าตัด

2.1 เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ - ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัดตามวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) WI - NUR - OR - 003 เรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัด, 2559 และ ผ้าปูเตียงที่อยู่ใต้ตัวผู้ป่วยมีความเรียบตึง (ปราณี เทพไชย และคณะ, 2561) (Level 5)

2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น และรักษาอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่น (36.5 - 37.5 °C) ป้องกันการเกิดภาวะ Hypothermia ในขณะผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (AORN, 2016) (Level 6)

2.3 การจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีการจัดวางอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดครบทุกตำแหน่ง (ปราณี เทพไชย และคณะ, 2561) (Level 5)

2.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเลือกใช้อุปกรณ์ ดังตารางที่ 2

2.5 Scrub nurse ดูแลไม่ให้มีการกดทับจากการวางอุปกรณ์ในการผ่าตัด และสมาชิกในทีมผ่าตัดระหว่างการผ่าตัด (AORN, 2017) (Level 6)

2.6 การเฝ้าระวังไม่ให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับความชื้น หรือมีน้ำยาจากการเตรียมผิวหนังซึ่งบรเวณผิวหนัง (AORN, 2017) (Level 6)

2.7 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับท่อ หรือสายระบายต่างๆ (ปราณี เทพไชย และคณะ, 2561) (Level 5)

2.8 ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เช่น อุณหภูมิห้องผ่าตัด 20 - 24 องศาเซลเซียส ระดับความชื้นสัมพัทธ์ 20 - 60% (AORN, 2018) (Level 6)

2.9 จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือดให้พร้อมใช้ ป้องกันการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด (Ling et al., 2018) (Level 4) ซึ่งมีผลทำให้การไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยลดลง ฮีมาโตคริตต่ำ ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้

ขั้นตอนที่ 3 การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในระยะหลังผ่าตัด

3.1 ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับในขณะที่ผ่าตัดทันทีหลังการผ่าตัด เน้นจุดที่มีความเสี่ยงดังแสดงในตารางที่ 2 และใช้แบบประเมินระดับของการเกิดแผลกดทับ Pressure injury stages ของ NPUAP ลงบันทึกลักษณะและขนาดของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเป็นเวลานานของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nursing admission database 3) (ปราณี เทพไชย, 2561) (Level 5)

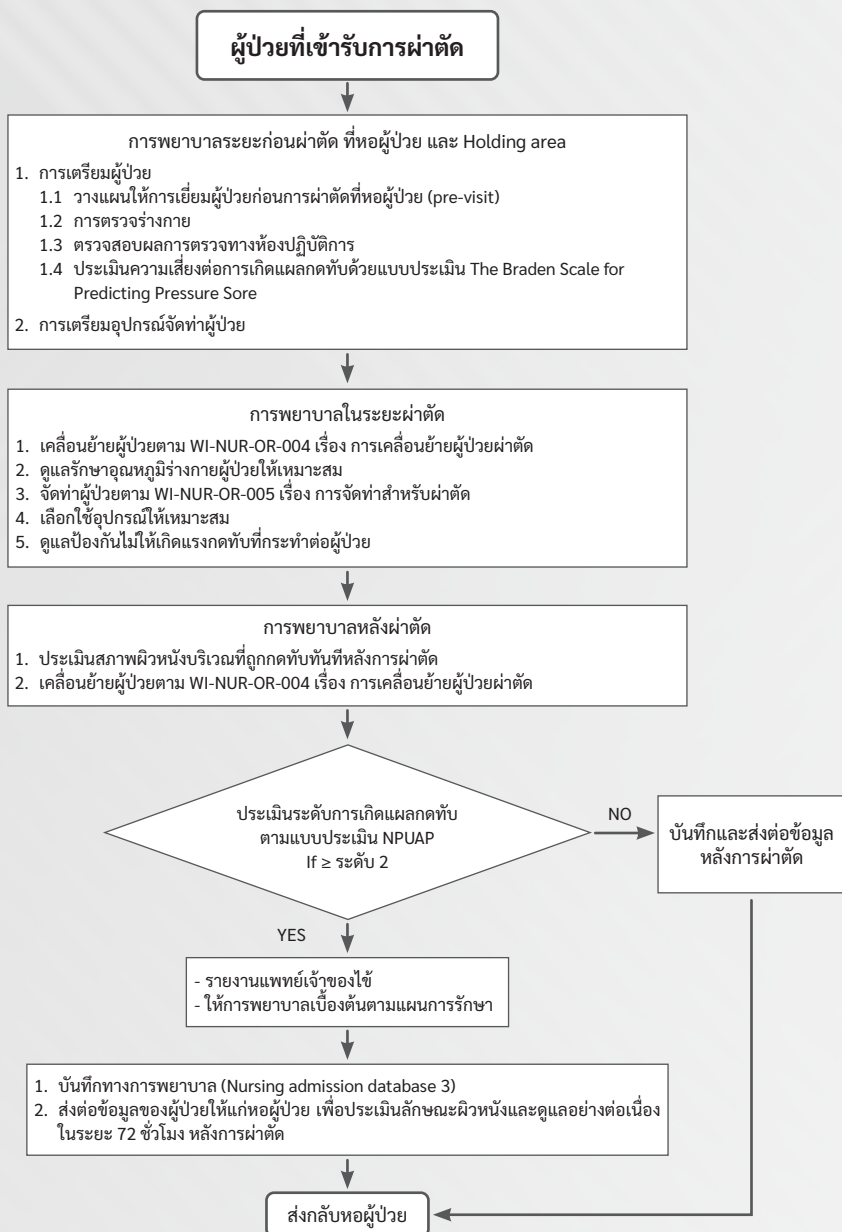
- 1) แผลกดทับในระดับ 1 บันทึก และส่งต่อข้อมูล
- 2) แผลกดทับในระดับ 2 ขึ้นไป รายงานแพทย์ และให้การพยาบาลเบื้องต้นตามแผนการรักษา

3.2 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ - ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัด โดยใช้อุปกรณ์รองตัวผู้ป่วย เช่น ฝารองตามยาวของลำตัวผู้ป่วยในขณะที่ย้ายเตียง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก และในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ใช้แผ่นกระดานเลื่อน (Pad slide) ช่วยลดแรงเสียดทาน จากนั้นส่งต่อข้อมูลให้วิสัญญีในห้องฟักฟื้น (AORN, 2018) (Level 6)

3.3 ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยซ้ำหลังการผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฟักฟื้น (PACU) โดยบันทึกทั้งลักษณะและขนาดของผิวหนัง ความร้อน หรือเย็น ความชุ่มชื้นของผิวหนัง เปรียบเทียบกับก่อน และหลังการผ่าตัด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป ให้ลงบันทึกไว้ในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Nursing admission database 3) รายงานแพทย์เจ้าของไข้ และส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้แก่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินลักษณะของผิวหนัง และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด (AORN, 2018) (Level 6)

9 เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด



ผลการทดลองใช้ CNPG (Pilot study)

กิจกรรม	ผลการทดลองใช้ (%)
1. การเตรียมผู้ป่วย	90
1.1 วางแผนให้การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย (Pre-visit)	
1.2 การตรวจร่างกาย (Skin appearance, Skin turgor)	100
1.3 ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	100
1.4 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วยแบบประเมิน The Braden Scale for Predicting Pressure Sore	100
2. การเตรียมอุปกรณ์จัดทำผู้ป่วย	
2.1 เตรียมอุปกรณ์ตามมาตรฐานการจัดทำสำหรับการผ่าตัด ตาม WI-NUR-005 เรื่อง การจัดทำสำหรับการผ่าตัด	100
2.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามปัจจัยเสี่ยงให้เตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ	100
2.3 จัดผ้าปูเตียงที่อยู่ใต้ตัวผู้ป่วยให้มีความเรียบตึง ไม่มีรอยยับ	100
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ - ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัด ตาม WI - NUR - 004 เรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	100
4. ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น และรักษาอุณหภูมิร่างกายด้วยผ้าห่มอุ่น	100
5. การจัดท่าผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีการจัดวางอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด	100
6. สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเลือกใช้อุปกรณ์ ได้แก่ Prophylactic dressing, Soft foam and Gel pads, Durable Barrier Cream	100
7. ดูแลไม่ให้มีการกดทับจากการวางเครื่องมือหรือแรงกดจากบุคลากรลงบนตัวผู้ป่วย	100
8. การเผาระวังไม่ให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับความชื้น	100
9. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับท่อหรือสายระบายต่าง ๆ	100
10. ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด อุณหภูมิ, ความชื้นสัมพัทธ์	100
11. จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือดให้พร้อมใช้	100

→ → →

กิจกรรม	ผลการทดลองใช้ (%)
12. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับในขณะที่ผ่าตัดทันทีหลังการผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินระดับของการเกิดแผลกดทับ Pressure injury stages ของ (NPUAP) และลงบันทึก	100
13. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ-ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัดตาม WI - NUR - 004 เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	100
14. ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยซ้ำหลังการผ่าตัดขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น (PACU)	60
15. ส่งต่อข้อมูลให้แก่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินลักษณะผิวหนัง และดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด	100

จากการเก็บข้อมูล (Pilot study) รวมทั้งหมด 10 ราย ผลการเก็บข้อมูลดังตารางข้างต้น พบว่า

1. ขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย และอุปกรณ์เพื่อป้องกันการกดทับในระยะก่อนผ่าตัด ส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ดี ร้อยละ 90 ส่วนน้อยร้อยละ 10 ที่ขาดการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย (Pre - visit) เนื่องจากขณะไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยยังไม่ได้เข้าพักในหอผู้ป่วย

2. ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะขณะผ่าตัด ปฏิบัติได้ดีมาก ร้อยละ 100

3. ขั้นตอนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะหลังผ่าตัด ปฏิบัติได้ ร้อยละ 60 และไม่ได้ปฏิบัติในหัวข้อดังกล่าว ร้อยละ 40 เนื่องจากผู้ป่วยเข้าห้อง ICU ทันทีหลังการผ่าตัด และไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด. (2021). สถิติการเกิดแผลกดทับของกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางห้องผ่าตัด.
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเฉพาะทางผ่าตัด. (2559). วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัด WI-NUR-OR-003
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเฉพาะทางผ่าตัด. (2559). วิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction) เรื่อง การจัดทำสำหรับการผ่าตัด WI-NUR-004
- ปราณี เทพไชย ขนิษฐา นาคะ และรัตติ เวชประสิทธิ์. (2561). การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของพยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 38-51.
- AORN. (2016). Guidelines for perioperative practice 2016 edition. AORN Inc,554-565.
- AORN. (2017). Guidelines for perioperative practice 2017 edition. AORN Inc,238-247.
- AORN. (2018). Guidelines for perioperative practice 2018 edition. AORN Inc,673-743.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing research*, 36(4), 205-210.
- European Pressure Ulcer Advisory. (2015). Pressure ulcers: just the facts. Online. Retrieved March 13, 2016, from <http://www.epuap.org>
- Li, X., Eichinger, J. K., Hartshorn, T., Zhou, H., Matzkin, E. G., & Warner, J. P. (2015). A comparison of the lateral decubitus and beach-chair positions for shoulder surgery: advantages and complications. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(1), 18-28. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-23-01-18>
- Ling, G., Lina, Y., Xiaoqin, L., Jin, C., Juan, D., & Hao, Y. (2018). Risk factors for intraoperative pressure ulcers in surgical patients. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(7), 7429-7435.
- Lovegrove, J., Fulbrook, P., Miles, S. J., & Steele, M. (2021). Effectiveness of interventions to prevent pressure injury in adults admitted to acute hospital settings: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of nursing studies*, 122, 104027. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104027>
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2019). The national pressure Injury advisory panel provides interprofessional leadership to Improve patient outcomes in pressure injury prevention and Management through education, public policy, and research Retrieved from <https://npiap.com>

เอกสารอ่านประกอบ

- Anita J. Meehan., Nancy R. Beinlich, Tracy L. Hammonds. (2016). A Nurse-Initiated Perioperative Pressure Injury Risk Assessment and Prevention Protocol. *AORN journal*, 104(6), 554-565.
- Cynthia F. Sharon F. Doreen W. Lewis V. (2012). Intraoperatively acquired pressure ulcers and perioperative normothermia: a look at relationships. *AORN journal*, 96(5), 527.
- Eichinger, L. X., Hartshorn, J. K., Zhou, T., Matzkin, H., & Warner, E. G. (2015). A comparison of the lateral decubitus and beach-chair positions for shoulder surgery: advantages and complications. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(1), 18-28.
- Fred, C., Ford, S., Wagner, D., & Vanbrackle, L. (2012). Intraoperatively acquired pressure ulcers and perioperative normothermia: a look at relationships. *AORN journal*, 96(3), 251-260. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.014>
- Gao, L., Yang, L., Li, X., Chen, J., Du, J., & Yang, H. (2018). Risk factors for intraoperative pressure ulcers in surgical patients. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(7), 7429-7435.
- Meehan, A. J., Beinlich, N. R., & Hammonds, T. L. (2016). A Nurse-Initiated Perioperative Pressure Injury Risk Assessment and Prevention Protocol. *AORN journal*, 104(6), 554-565. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.004>

ตาราง PCL ที่ 9

เรื่อง การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด

วิธีการประเมิน : การสังเกต สุ่มการปฏิบัติจริง

เกณฑ์การประเมิน : ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

แนวทางปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. การเตรียมผู้ป่วย		
1.1 วางแผนให้การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่หอผู้ป่วย (Pre - visit)		
1.2 การตรวจร่างกาย (Skin appearance, Skin turgor)		
1.3 ตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Glucose level, Albumin, Hematocrit)		
1.4 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับด้วยแบบประเมิน The Braden Scale for Predicting Pressure Sore		
2. การเตรียมอุปกรณ์จัดทำผู้ป่วย		
2.1 เตรียมอุปกรณ์ตามมาตรฐานการจัดทำสำหรับการผ่าตัด ตาม WI - NUR - 005 เรื่อง การจัดทำสำหรับการผ่าตัด		
2.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามปัจจัยเสี่ยงให้เตรียมอุปกรณ์เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ		
2.3 จัดผ้าปูเตียงที่อยู่ใต้ตัวผู้ป่วยให้มีความเรียบตึง ไม่มีรอยยับ		
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ - ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัด ตาม WI - NUR - 004 เรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัด		
4. ดูแลให้ผู้ป่วยไม่เปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น ปิดบริเวณที่ไม่ได้ใช้ในการทำผ่าตัดด้วยผ้า และรักษาอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มอุ่น (Blanket)		
5. การจัดทำผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง มีการจัดวางอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด		
6. สำหรับผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงเลือกใช้อุปกรณ์ ได้แก่ Prophylactic dressing, Soft foam and Gel pads, Durable Barrier Cream		
7. ดูแลไม่ให้มีการกดทับจากการวางเครื่องมือ หรือแรงกดจากบุคลากรลงบนตัวผู้ป่วย		
8. การเฝ้าระวังไม่ให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับความชื้น		
9. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับท่อ หรือสายระบายต่างๆ		

→ → →

แนวทางปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
10. ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด อุณหภูมิ ความชื้นสัมพัทธ์		
11. จัดเตรียมวัสดุและอุปกรณ์ที่ใช้ในการห้ามเลือดให้พร้อมใช้		
12. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับในขณะผ่าตัดทันทีหลังการผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินระดับของการเกิดแผลกดทับ Pressure injury stages ของ The National Pressure Injury Advisory Panel (NPUAP) และลงบันทึก		
13. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงรับ - ส่งผู้ป่วยสู่เตียงผ่าตัดตาม WI - NUR - 004 เรื่อง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผ่าตัด		
14. ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยซ้ำหลังการผ่าตัด ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น (PACU)		
14. ส่งต่อข้อมูลให้แก่หอผู้ป่วย เพื่อประเมินลักษณะผิวหนัง และดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 72 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด		

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2019
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	7	7	7	7	7	7	7	7	7	100
Suitability Assessment	6	6	7	7	7	7	7	7	7	96.3

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	90.48
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	100
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	90.48
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	85.71
หมวด 5 การนำไปใช้	90.48
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	100
ภาพรวม	92.86

Panel discussion

ทั้งหมด 6 ครั้ง วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 วันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 วันที่ 27 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2564 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2564 วันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 - 12.00 น. ณ ห้องประชุม 1204 อาคารภูมิสิริฯ ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้อำนวยการพิเศษ พยาบาล 7 และพยาบาลระดับ 5 - 7 จำนวน 25 คน

รายนามผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. พว. ระพี เสี่ยงเสนาะ | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ภูมิสิริฯ 9A
หอผ่าตัดศัลยกรรมเล็ก |
| 2. พว. พัชรินทร์ ครองธรรม | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ภูมิสิริฯ 6A
หอผ่าตัดศัลยกรรมเฉพาะทาง |
| 3. พว. ปราชญ์ จิตกลาง | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 สก. ชั้น 5
หอผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก |
| 4. พว. สุวิมล เวชกามา | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 ภูมิสิริฯ 5A
หอผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป |

รายนามที่ปรึกษา

- | | |
|----------------------------|---|
| พว. แกมมณี พันธนาถวิริยกุล | ผู้ตรวจการพยาบาล
กลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผ่าตัด |
|----------------------------|---|

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. นพ. ชญาน์ทัต ศิรินาวิน | อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผศ. พรนภา นาคโนนหัน | ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |
| 3. พว. พชรพร ยอดเพชร | หัวหน้าหอ หอผ่าตัดศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย |



ศาสนาทุกศาสนามุ่งสอนให้คนประพฤติให้ตั้งอยู่ในสุจริตธรรม
ศาสนาเป็นที่พึ่งตลอดไปของมนุษย์ ทั้งในยามสุข และในยามทุกข์
ช่วยเตือนสติเราไม่ให้ประมาท หลงระเห็จในยามยินดีมีความสุข
ช่วยเราไม่ให้หมดสติ รู้สึกเคืองคว้างในยามมีความทุกข์
เพราะศาสนาเป็นหลักที่พึ่งที่ยึดถือพักพิงทางจิตใจของเราทุกคน
ถึงแม้จะต่างศาสนา กัน ก็ยังช่วยประคับประคอง
ให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้ด้วยความสะดวก

พระราชดำรัสพระราชทานในพิธีเปิดโครงการวันแม่
ของสมาคมครูคาทอลิกแห่งประเทศไทย ณ หอประชุมโรงเรียนเซนต์คาเบรียล
วันที่ ๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๔

การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก

Clinical Nursing Practice Guideline:

Caring for diabetic patients with hypoglycemia at the Out-patient Department



ดารณี ใจเอื้อ, วท.ม. ■ วิราภรณ์ ธีระวุฒิ, พย.ม.
ณัฐรมย์ ชุตติกาโม, พย.ม. ■ สุนทรี วงศ์พระราม, พย.บ.
เพ็ญจันทร์ แจ่มใส, พย.ม.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

เบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก และมีแนวโน้มพบอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายประชากร ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 (วิชัย เอกพลกร, 2557)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบบ่อย และคุกคามต่อชีวิตในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แผนกผู้ป่วยนอก 15 หน่วยงาน ในปี 2563 โดยการประเมินคัดกรองอาการเบื้องต้น พบผู้ป่วยที่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น และผลการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว พบมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ น้อยกว่า 70 มก./ดล. ประมาณ 1-2 คน/เดือน และจากข้อมูลระบบ Alert ของห้องปฏิบัติการไปยังแพทย์ โดยการตรวจระดับ Plasma Glucose ยังพบอุบัติการณ์เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่า 55 มก./ดล. จำนวนเฉลี่ย 1-2 คน/เดือน ถึงแม้สถิติจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะมีจำนวนน้อย แต่หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลจัดการอย่างรีบด่วน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วม อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยได้ โดยวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับ คือ ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม รับประทานลูกอมหรือท็อฟฟี่ บางรายจะให้รับประทานอาหารทันที เมื่อวิเคราะห์วิธีการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น พบว่าพยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์การวินิจฉัย การประเมินอาการ อาการแสดง และแนวทางการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่แตกต่างกัน ไม่มีการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ภายหลังได้รับการแก้ไข องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่ทันสมัย รวมทั้งแต่ละหน่วยงาน มีการจัดการที่หลากหลาย

จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังไม่มีรูปแบบการจัดการที่เป็นแบบแผน ขาดการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ ภายหลังได้รับการแก้ไขในระยะเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น หน่วยงานจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia อย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นแบบแผนเดียวกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia แผนกผู้ป่วยนอก ปลอดภัย และระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia แผนกผู้ป่วยนอก

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

กลุ่มผู้ป่วย : ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะ Hypoglycemia แผนกผู้ป่วยนอก

ผู้ใช้ CNPG : พยาบาลประจำการ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก

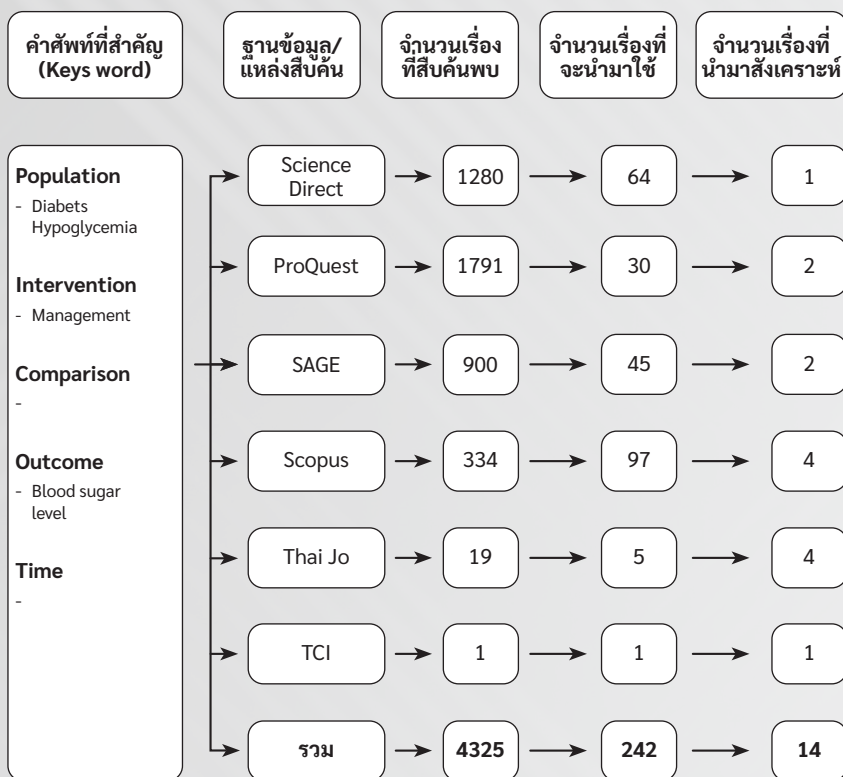
นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia (ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ) อาศัยเกณฑ์วินิจฉัย 3 ประการ ได้แก่ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

1) ระดับพลาสมากลูโคส ≤ 70 มก./ดล. (Tourkmani, et al., 2018; ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูตร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564)

2) มีอาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ

3) อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหายไป หลังจากได้รับการแก้ไขให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น พ.ศ. 2558-2562

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ (บำเหน็จ แสงรัตน์ และคณะ, 2559; ศิริมา มณีโรจน์ และคณะ, 2560; บำเหน็จ แสงรัตน์, 2559) (level 3, 4, 7)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะ Hypoglycemia

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ

Hypoglycemia ซ้ำ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia

(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) (level 7)

1.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว และตรวจวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ค่าออกซิเจนในเลือด (O_2 Sat)

1.2 ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยการสังเกต และสอบถามอาการ (Shriraam et al., 2017) (level 6)

อาการของภาวะ Hypoglycemia สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม อาการ ได้แก่ อาการออดโนมิก และอาการสมองขาดกลูโคส ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงอาการ และอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) (level 7)

กลุ่มอาการ	อาการ และอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia
อาการ ออโตโนมิก	- ใจเต้น
	- หัวใจเต้นเร็ว
	- รู้สึกหิว
	- รู้สึกร้อน
	- เหงื่อออก
	- มือสั่น
	- รู้สึกกังวล
	- ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง
	- กระสับกระส่าย
	- คลื่นไส้
	- ชา
อาการ สมองขาดกลูโคส	- อ่อนเพลีย
	- รู้สึกร้อนทั้งที่ผิวหนังเย็น และชื้น
	- อุณหภูมิกายต่ำ
	- มึนงง
	- ปวดศีรษะ
	- การทำงานสมองด้าน cognitive บกพร่อง
	- ปฏิกริยาตอบสนองช้าลง
	- สับสน ไม่มีสมาธิ
	- ตาพร่ามัว
	- พูดซ้ำ
	- ง่วงซึม
	- หลงลืม
	- พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
	- อัมพาตครึ่งซีก (hemiparesis) คล้ายโรคหลอดเลือดสมอง (stroke)
	- หมดสติ และชัก

1.3 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา หรือ Point - of - care - device (POCT glucose)

1.4 ประเมินความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Tourkmani et al., 2018) (level 7)

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับไม่รุนแรง (Mild hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ แต่ไม่มีอาการหรือมีอาการอัตโนมัติ เช่น อารมณ์ใจสั่น รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับปานกลาง (Moderate hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีอาการอัตโนมัติร่วมกับอาการสมองขาดกลูโคส ได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ

3) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับรุนแรง (Severe hypoglycemia) หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ หรืออาการรุนแรงมากจนหมดสติ หรือชัก

1.5 ประเมินสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia ได้แก่ (Dissanayake et al., 2018; Tourkmani et al., 2018; อนุสร การะเกษ และ นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2560) (level 6, 7, 3)

1) ผู้ป่วยฉีดยา Insulin ในขณะท้องอาหาร

2) ผู้ป่วยได้รับยาเบาหวานที่ไม่เหมาะสม ทั้งชนิดของยา ขนาดของยา ที่มากเกินไป และเวลาบริหารยาที่ไม่เหมาะสม

3) ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร (NPO) หรือรับประทานอาหารปริมาณน้อยกว่าปกติ หรือผู้ป่วยท้องอาหารในเดือนรอมฎอน (ถือศีลอด)

4) ผู้ป่วยมีการใช้กลูโคสเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น

5) ผู้ป่วยมีการทำงานของไตหรือตับเสื่อมลง เช่น CKD Liver cerrhosis

6) ผู้สูงอายุและมีภาวะสมองเสื่อม

7) ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวด โดยกำหนดระดับเป้าหมาย HbA1C และ / หรือระดับน้ำตาลในเลือดที่ใกล้เคียงระดับปกติมากหรือที่ระดับปกติ เช่น ควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกายมากเกินไป

8) ผู้ป่วยเคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับรุนแรง

9) ผู้ป่วยเคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยไม่มีอาการเตือน

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia

(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) (level 7)

2.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับไม่รุนแรงและปานกลาง (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด POCT glucose ≤ 70 มก./ดล. ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการอัตโนมัติร่วมกับอาการสมองขาดกลูโคส ได้แก่ ใจสั่น รู้สึกหิว เหงื่อออก มือสั่น อ่อนเพลีย มึนงง ปวดศีรษะ) ดูแลดังนี้

1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 กรัม คือ น้ำหวานเข้มข้น 17 ml ผสมน้ำ (ภาคผนวก ค) ภายหลังรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 15 - 20 นาที เนื่องจากการรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 กรัม เช่น น้ำหวานชนิดเข้มข้น 2 ช้อนโต๊ะ จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นประมาณ 38 มก./ดล.

2) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ หลังรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 นาที

- ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า 70 มก./ดล. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 กรัมอีกครั้ง และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำ หลังรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 นาที และรายงานแพทย์

- ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า หรือเท่ากับ 80 มก./ดล. รายงานแพทย์ และให้การดูแลตามแผนการรักษา

- ถ้าผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 80 มก./ดล. เมื่อใกล้หรือถึงเวลาอาหารมื้อหลัก ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารต่อเนื่องทันที ถ้าต้องรอเวลาอาหารมื้อหลัก นานเกินกว่า 1 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน 15 กรัม เช่น นมจืด 1 กล่อง (240 มล.) หรือขนมปัง 1 แผ่น เป็นต้น (ภาคผนวก ก) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำซ้ำ

3) ส่งพบแพทย์เข้ารับบริการตามระบบ

4) บันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia ให้แก่ห้องสอนแสดง หน่วยงานสุขภาพ

2.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับรุนแรง (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด POCT glucose ≤ 70 มก./ดล. และมีอาการสมองขาดกลูโคสที่รุนแรง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ หรืออาการรุนแรงมากจนหมดสติ หรือชัก) (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) (level 7)

1) รายงานแพทย์

2) เปิดเส้นหลอดเลือดดำส่วนปลาย เก็บตัวอย่างเลือดดำเพื่อส่งตรวจเพิ่มเติม ให้สารละลาย 50% กลูโคส 10-20 มล. อย่างเร็ว (vein push) ต่อด้วย 30-40 มล. ที่เหลือ แล้วเปิดหลอดเลือดดำต่อเนื่องไว้ด้วย heparin หรือ saline lock หรือให้สารละลาย 5-10% เด็กซ์โตรส (5-10% D/N/2) หยดต่อเนื่องตามความเหมาะสม

3) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด หลังได้รับการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแล้ว 15 นาที และรักษาระดับน้ำตาลในเลือดที่ มากกว่า 80 มก./ดล. โดยปรับอัตราหยดสารละลายเด็กซ์โตรส

4) กรณีแพทย์ยังไม่ออกตรวจ ประสานงานส่งหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทันที

5) บันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia ให้แก่ห้องสอนแสดง หน่วยงานสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวาน แห่งประเทศไทย, 2560) (level 7) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ช้ำ โดยพยาบาลห้องสอนแสดง หน่วยพัฒนาสุขภาพ

3.1 ให้ความรู้ และสร้างทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแล (Diabetes Self-Management Education & Support / DSMES) ครอบคลุม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน 7 ด้าน (AADE7 Self-Care Behaviors) ได้แก่

- 1) ความรู้ด้านโภชนาการ
- 2) การออกกำลังกาย
- 3) การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง
- 4) การใช้ยารักษาเบาหวานอย่างถูกต้อง
- 5) การวางแผน และแก้ไขปัญหา
- 6) การดูแลตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- 7) การจัดการด้านอารมณ์ และการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม (Donna et al., 2018; LaManna et al., 2019) (level 7, 2)

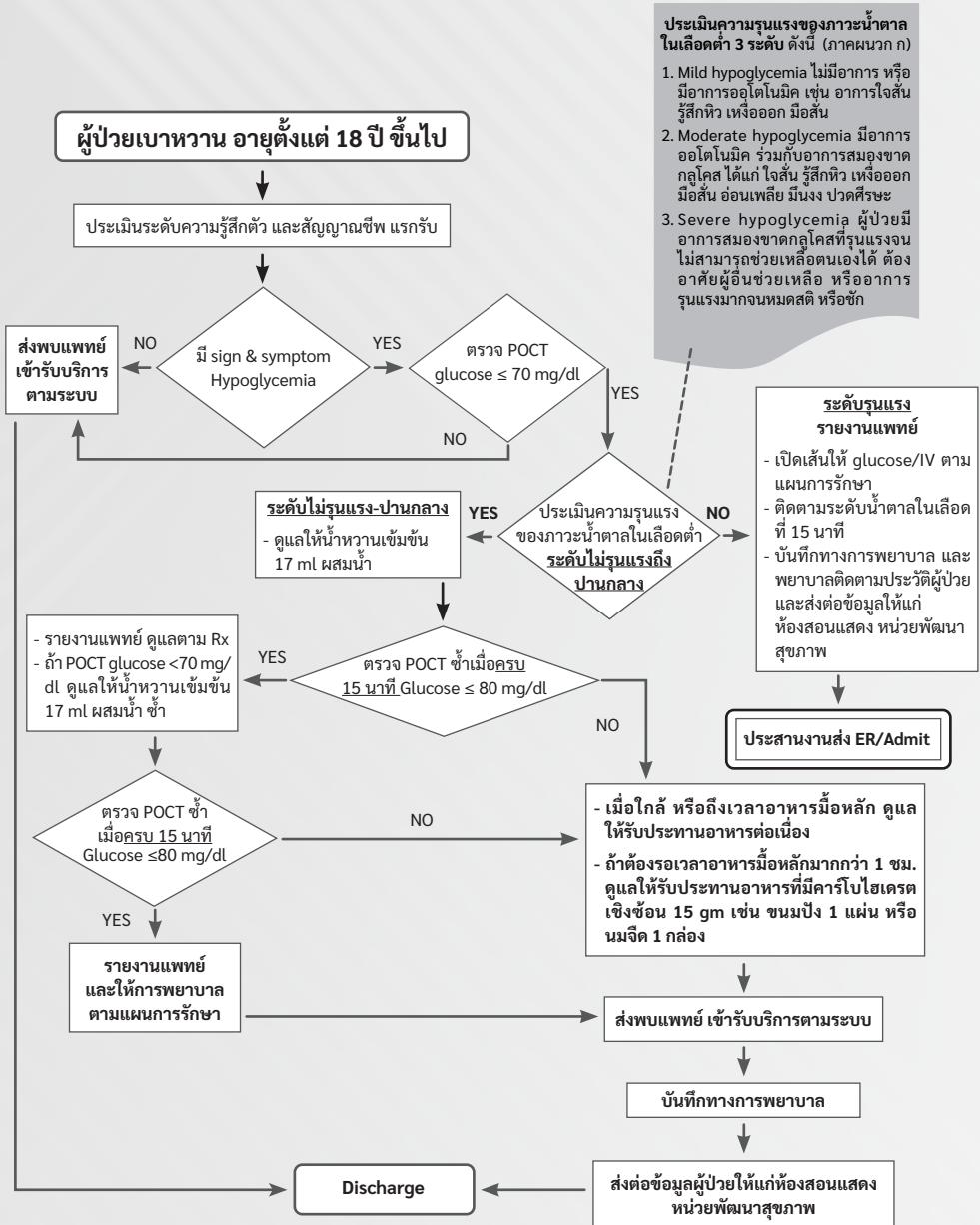
3.2 สร้างความตระหนักแก่ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแล เช่น การให้ความรู้ เกี่ยวกับอาการ และปัจจัยเสี่ยงของภาวะ Hypoglycemia เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ช้ำ

3.3 แนะนำวิธีการแก้ไขเบื้องต้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะ Hypoglycemia (Chowdhury, 2017; Donna et al., 2018; Tourkmani et al., 2018; อนุสร การเกษ และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2560; สายพิน ปิ่นแก้ว, 2562) (level 6, 7, 7, 3, 7)

3.4 ส่งเสริมการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring blood glucose / SMBG) (สายพิน ปิ่นแก้ว, 2562) (level 7)

3.5 บันทึกทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

10 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก



ผลการทดลองใช้ CNPG (Pilot study)

หัวข้อ	ร้อยละ
1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพ	100
2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia	100
3. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว	100
4. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	100
5. ประเมินสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia	100
6. ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia	100
7. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วซ้ำที่ 15 นาที	70
8. บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia	80
9. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia ให้แก่ห้องสอนแสดง หน่วยงานสุขภาพ	100
รวมคะแนน	94.44

จากการเก็บข้อมูล Pilot study

จากการเก็บข้อมูล Pilot study แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 10 ราย ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 - วันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 พบว่า

1. พยาบาลประจำการ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 3 คน (คิดเป็น ร้อยละ 30) ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ข้อ 7 คือ ขั้นตอนการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วซ้ำที่ 15 นาที โดยในจำนวนนี้ มีพยาบาล จำนวน 2 คน ไม่ได้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วซ้ำ เนื่องจากรีบนำส่งผู้ป่วยไปหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

2. พยาบาลประจำการ ที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 คน (คิดเป็น ร้อยละ 20) ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ข้อ 8 คือ ขั้นตอนการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia โดยมีการบันทึกทางการพยาบาล ในระบบ EMR แต่การบันทึกขาดความละเอียด และไม่ครอบคลุมตามกระบวนการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- บำเหน็จ แสงรัตน์.(2559).การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*; ปีที่ 3 ฉบับที่ 1, 40-50.
- บำเหน็จ แสงรัตน์, รุจิรัตน์ ผัดวัน, มยุรี ศรีธิกร, กชวรรณ นงค์แย้ม, มณฑารัตน์ ประยูรพัฒนะ.(2559). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*; ปีที่ 17 ฉบับที่ 1,126-131.
- ฝ่ายเวชศาสตร์ชั้นสูตร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.(2564). *เอกสารคุณภาพงานตรวจวิเคราะห์ ณ จุดดูแลผู้ป่วย (POCT)*.
- วิชัย เอกพลากร.(2557). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์
- สายพิน ปิ่นแก้ว.(2562).พยาบาลจัดการรายกรณีเบาหวาน กองการพยาบาล รพ.ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*; ปีที่ 65 ฉบับที่ 3.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์.(2559). *คู่มือการนับคาร์โบไฮเดรต*. (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: บริษัท พรินท์เอเบิล จำกัด.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์.(2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560*. (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- ศิริมา มณีโรจน์, ธนัษพร ลาภจติ, กัญญา ปุกคำ. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*; ปีที่ 27 ฉบับที่ 2.
- อนุตร การเกษ, นงลักษณ์ เมธากัญจนศักดิ์. (2560). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ที่คัดสรร ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*; ปีที่ 35 ฉบับที่ 1,119-121.
- Chowdhury, T. A. (2017). A survey of patients with type 2 diabetes and fasting outcomes during Ramadan 2016 in London: the East London Diabetes in Ramadan Survey. *British Journal of Diabetes*, 17(4), 149-151.
- Dissanayake, H. A., Keerthisena, G. S. P., Gamage, K. K. K., Liyanage, J. H., Ihalagama, I. R. H. S., Wijetunga, W. M. U. A., Tillekaratne, T. A. D., Katulanda, G.W., & Katulanda, P. (2018). Hypoglycaemia in diabetes: do we think enough of the cause? An observational study on prevalence and causes of hypoglycaemia among patients with type 2 diabetes in an out-patient setting in Sri Lanka. *BMC endocrine disorders*, 18(1),1-6.

- Donna, C. F., Gwen, K., Barbara, K., Carol, S. M., Dolly, N. (2018). Role of the diabetes educator in inpatient diabetes management. *The Diabetes Educator*, 44(1), 57-62.
- Lamanna, J., Litchman, M. L., Dickinson, J. K., Todd, A., Julius, M. M., Whitehouse, C. R., Hyer, S. & Kavookjian, J. (2019). Diabetes education impact on hypoglycemia outcomes: a systematic review of evidence and gaps in the literature. *The diabetes educator*, 45(4), 349-369.
- Shalihin, S. E., Firzada, I., & Din, M. H. (2020). Assessment of Diabetic Patient Waiting Time in A Primary Healthcare Clinic. *IJUM Medical Journal Malaysia*, 19(2).
- Shriraam, V., Mahadevan, S., Anitharani, M., Jagadeesh, N. S., Kurup, S. B., Vidya, T. A., & Seshadri, K. G. (2017). Reported hypoglycemia in Type 2 diabetes mellitus patients: Prevalence and practices-a hospital-based study. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 21(1), 148.
- Tourkmani, A.M., Alharbi, T.J., Rsheed, A.M.B, AlRasheed, A.N., AlBattal, S.M., Abdelhay,O., Hassali,M.A., Alrasheedy, A.A., Al Harbi, N.G. & Alqahtani, A. (2018). Hypoglycemia in Type 2 Diabetes Mellitus patients: A review article. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 12(5), 791-794.

ตาราง PCL ที่ 10

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก

วิธีการประเมิน : การสังเกต สุ่มการปฏิบัติจริง

เกณฑ์การประเมิน : ปฏิบัติ = 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติ = 0 คะแนน

แนวทางปฏิบัติ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว และสัญญาณชีพ		
2. ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia		
3. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว		
4. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ		
5. ประเมินสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะ Hypoglycemia		
6. ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia		
7. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วซ้ำที่ 15 นาที		
8. บันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia		
9. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypoglycemia ให้แก่ห้องสอนแสดง หน่วยงานพัฒนาสุขภาพ		
รวมคะแนน		

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2019
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	6	6	6	7	7	7	7	7	6	92.56
Suitability Assessment	6	7	6	7	7	7	7	7	6	94.44

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	88.04
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	74.07
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	71.75
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	88.89
หมวด 5 การนำไปใช้	69.75
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	77.78
ภาพรวม	80.03

Panel discussion

วันจันทร์ที่ 23 สิงหาคม 2564 เวลา 13.30 - 16.00 น. สถานที่ ห้องประชุม ตึก ภปร. ชั้น 7 ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 และพยาบาลระดับ 5-7 จำนวน 20 คน

รายนามผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. พว. ดารณี ใจเอื้อ | ผู้ชำนาญการพิเศษ พยาบาล 7 หน่วยพัฒนาสุขภาพ |
| 2. พว. วิราภรณ์ ชีระวุฒิ | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 ตึก ภปร. ชั้น 8 |
| 3. พว. ณัฐธรมย์ ชูติกาโม | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 7 หน่วย Pre-admission |
| 4. พว. สุนทรี วงศ์พระราม | พยาบาลวิชาชีพพระดับ 6 ตึก ภปร. ชั้น 6 |

รายนามที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. พว. สุมิตตา จิระประกอบชัย | ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก |
| 2. พว. นภาพร ฤทธิวีรกุล | ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก |
| 3. พว. พรณทิพา แจ่มศิลป์ | ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก |
| 4. พว. ศุภลักษณ์ รัตนसार | ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก |
| 5. พว. เพ็ชรรินทร์ อารักษ์สุทธิ | ผู้ตรวจการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยนอก |
| 6. พว. เพ็ญจันทร์ แจ่มใส | หัวหน้าหอผู้ป่วย ภปร. 13 |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. อ. พญ. นิชกานต์ หลายชูไทย | อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
สาขาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม |
| 2. พว. สุภัทร ลิ้มพลทรัพย์ | หัวหน้าหอผู้ป่วย หน่วยพัฒนาสุขภาพ |
| 3. พว. จันทพร อีรทองดี | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ 7 หน่วยพัฒนาสุขภาพ |

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงตัวอย่างปริมาณอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม

อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว 15 กรัม	อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน 15 กรัม
- น้ำหวานชนิดเข้มข้น 2 ช้อนโต๊ะ	- นมจืด 1 กล่อง (240 มล.)
- น้ำอัดลม (ชนิดมีน้ำตาลปกติ) 180 มล.	- ขนมปัง 1 แผ่น
- ลูกอม (ชนิดมีน้ำตาลปกติ) 3 เม็ด	- ข้าวต้ม หรือโจ๊ก ½ ถ้วย
	- โยเกิร์ต 200 กรัม
	- ผลไม้ 1 ส่วน เช่น กล้วย หรือแอปเปิ้ล 1 ผล

ที่มา: แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560, 2560: คู่มือการนับคาร์โบไฮเดรต, 2559

การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ปริมาณ 15 กรัม จะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นประมาณ 38 มก./ดล. ภายในเวลา 20 นาที การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตแต่ละครั้ง ในปริมาณมากกว่า 30 กรัม นอกจากจะให้ผลการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำไม่แตกต่างแล้ว ยังอาจทำให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้



ในการรวมตัวกันเพื่อทำงานต่าง ๆ นั้น
ย่อมจะมีปัญหาเกิดขึ้นบ้าง แต่ปัญหาใด ๆ ก็ย่อมจะจัดเสียได้
โดยอาศัยความสามัคคีเป็นคุณธรรมที่จะร้อยรัด
ให้ทุกคนเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ขอเพียงให้แต่ละคนไม่ยึดถือ “อัตตา”
คือ ตัวตนของผู้หนึ่งผู้ใดเป็นส่วนใหญ่เท่านั้น

พระราชดำรัสในพิธีเปิดการประชุมใหญ่สามัญประจำปีสภาสตรีแห่งชาติฯ
วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๓๐

ที่มา : <https://stang.sc.mahidol.ac.th/stangmuseum/lightbox/img/picture/musc2016/Queen18.jpg>

การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบ จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

Clinical Nursing Practice Guideline:

Nursing care for the prevention of dermatitis from incontinence – associated dermatitis: IAD

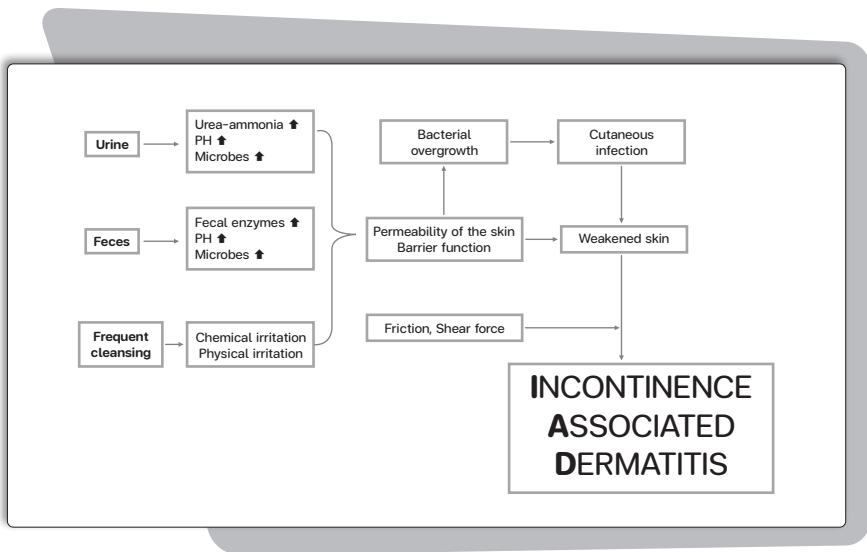


วิจิตรา สุทธิเมธกุล, พย.บ. ■ อังคนางค์ จันทวิมล, พย.บ.
กฤติยา หมวดอินทอง, พย.บ. ■ พรรณนภา ธุระงาน, พย.บ.
ศรีจันทร์ เวชศิลป์, พย.บ.*

*ที่ปรึกษาประจำกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ

ความเป็นมาและความสำคัญ ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

ภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD) เกิดขึ้นเมื่อผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยยูเรีย และแอมโมเนีย หรืออุจจาระที่มีเอนไซม์ สารเคมี และเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้มีภาวะเป็นด่าง (ค่า pH สูงขึ้น) หรือสัมผัสทั้งอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบกับการทำความสะอาดผิวหนังภายหลังการขับถ่ายบ่อยครั้ง โดยใช้สบู่ หรือสารทำความสะอาดที่ทำให้เกิดการระคายเคืองของสารเคมี และจากการขัดถู ทำให้ความสามารถในการยอมให้สารซึมผ่านเซลล์เพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ป้องกันของผิวหนังลดลง แบคทีเรียเจริญเติบโต ทำให้ผิวหนังอ่อนแอ ร่วมกับการเกิดแรงเสียดทานจากวัสดุที่ห่อหุ้มผิวหนัง เสื้อผ้าที่นอน หรือเก้าอี้ ทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ หรือ IAD (จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563)



ภาพที่ 2 | ภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลืนปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ หรือ IAD

ที่มาภาพ: จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563

ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence - Associated Dermatitis: IAD) เป็นภาวะที่มีผื่นแดง บวม รอยถลอก หรือการอักเสบบริเวณผิวหนังที่สัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ หรือทั้งปัสสาวะ และอุจจาระ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยวิกฤติ จากสถิติรายงานอุบัติการณ์ การเกิดภาวะ IAD ผู้ป่วยวิกฤติในประเทศไทย พบร้อยละ 33.33 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วย สาเหตุการเกิดภาวะ IAD ในผู้ป่วยวิกฤติมักมีปัญหาดำรงถ่ายเหลวได้ง่าย เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะ ยาระบาย และยากล่อมประสาท อีกทั้ง ปัญหาภาวะไข้ ภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะพร่องโภชนาการ หรือระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ จะส่งผลให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง จึงเกิดภาวะ IAD ได้ง่ายยิ่งขึ้น (นิฟาติน สุโลมาน และคณะ, 2563)

จากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เดือนสิงหาคม 2563 พบผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวนทั้งหมด 11 ราย ทำให้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากการปวด ความวิตกกังวลจากภาวะ IAD อีกทั้งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น จากผลกระทบและปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่องการพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
2. เพื่อไม่ให้ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น
3. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย และผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

กลุ่มผู้ป่วย : ผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ผู้ใช้ CNPG : พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นิยามศัพท์

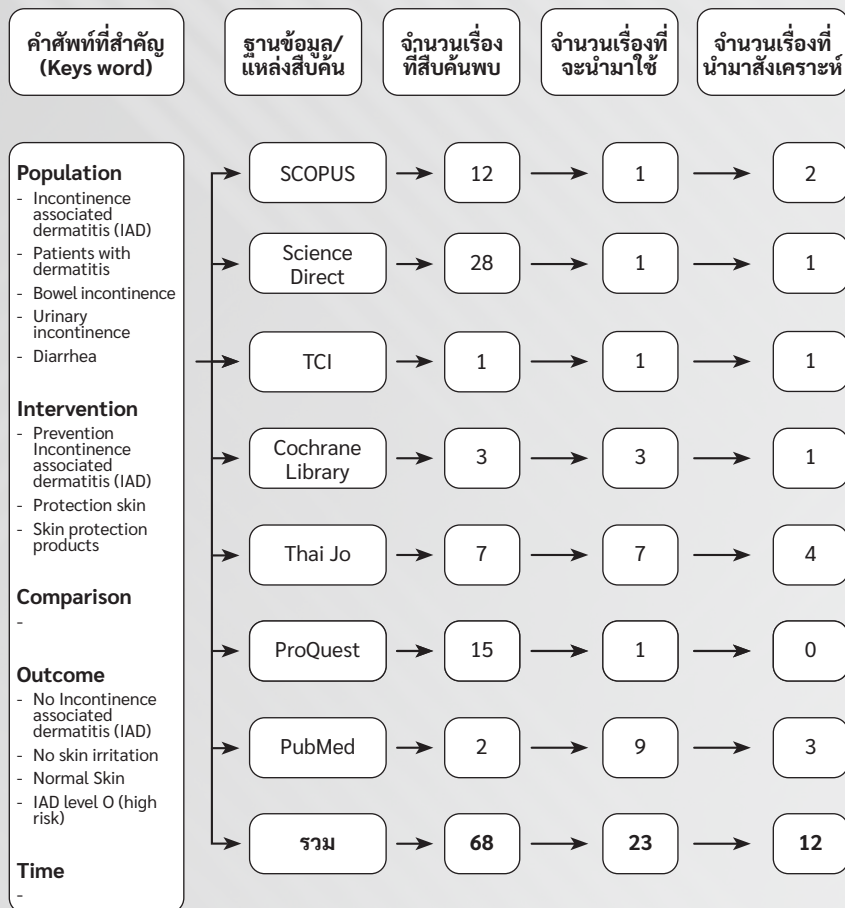
ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence - Associated Dermatitis: IAD) หมายถึง ภาวะอักเสบของผิวหนัง เนื่องจากการสัมผัสกับปัสสาวะ อุจจาระ อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำๆ จนทำให้เกิดผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเกิดอาการแดง ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการคันหรือปวดหรือเปิดออกเป็นแผลของผิวหนังร่วมด้วย ภาวะนี้จะเกิดจากการทำลายของชั้นผิวหนังกำพร้าถึงชั้นหนังแท้เท่านั้น กรณีที่มีการติดเชื้อ *Staphylococcus aureus* หรือ *candida albicans* ในบริเวณนั้นร่วมด้วย อาจทำให้แผลลึก และรุนแรงมากขึ้นได้ (จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563)

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระหรือปัสสาวะ (Perineal Assessment Tool: PAT) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ หรือปัสสาวะ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงจากการประเมินออกเป็น (1) ชนิดและความเข้มข้นของสิ่งระคายเคือง (2) ระยะเวลาและจำนวนผิวหนังสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย (3) สภาพผิวหนังบริเวณความสมบูรณ์ของผิวหนัง (4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และอื่นๆ (พัฒนา พิงศิริ, 2559)

เครื่องมือประเมินแผลผื่นแดงจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool: IADIT) หมายถึง เครื่องมือประเมินแผลผื่นแดงจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ที่มีภาพประกอบการให้คำนิยามและคำอธิบายที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและแผลผื่นแดงที่เกิดขึ้นอย่างสิ้น กระชับ และได้ใจความ ซึ่งแบ่งเป็นระยะเสี่ยงสูง ระยะแรก ระยะกลาง ระยะรุนแรง และระยะที่มีการติดเชื้อ (จันจิรา จินาพร และคณะ, 2561)

ระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk) หมายถึง ลักษณะผิวหนังไม่มีรอยแดงและไม่อ่อนกว่าบริเวณใกล้เคียง แต่อาจมีรอยแผลเป็นจาก IAD หรือแผลกดทับมาก่อน มีภาวะการถ่ายอุจจาระเหลว อย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง

ระดับผื่นแดงเล็กน้อย (Mild IAD) หมายถึง ภาวะที่ผิวหนังแห้งปกติ ไม่มีตุ่มพองน้ำ แต่เปลี่ยนเป็นสีชมพู หรือแดง ลักษณะแผลมีขอบเขตไม่ชัดเจน เมื่อสัมผัสจะพบว่าผิวอ่อนกว่าบริเวณใกล้เคียง ผู้ป่วยรู้สึกแสบ หรือเจ็บ ปวดเมื่อสัมผัส (พื้นที่น้อยกว่า 20 ตารางเซนติเมตร)



*หมายเหตุ : ช่วงเวลาในการสืบค้น พ.ศ. 2559-2564

ขั้นตอนแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดผิวหนังอักเสบ และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังซ้ำหลังได้รับการดูแล และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระ หรือ ปัสสาวะ โดยใช้เครื่องมือ Perineal Assessment Tool (PAT) (ตารางที่ 4) โดยประเมินผิวหนังบริเวณฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ รอบๆ ทวารหนัก ก้นกบ ก้นย้อย และต้นขาด้านใน ทุกครั้งที่ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่าย ถ้าตรวจพบมีตุ่มหนอง มีตุ่มน้ำใสกระจาย รอบๆ รอยแดง มีผื่นแดงเป็นวง หรือเป็นดวงๆ หรือเป็นขุย ควรรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา (พัฒนา พิงศิริ, 2559) (Level 6)

**ตารางที่ 4 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส
อุจจาระ หรือปัสสาวะ (Perineal Assessment Tool: PAT)**

ปัจจัย	คะแนน			คะแนนที่ได้
	3	2	1	
1. ชนิดและความรุนแรงของการระคายเคือง (Intensity of irritant type and consistency of irritant)	อุจจาระเหลว เป็นน้ำและ / หรือ มีปัสสาวะร่วมด้วย	อุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อ และ / หรือ มีปัสสาวะร่วมด้วย	อุจจาระมีลักษณะปกติ และ / หรือ มีปัสสาวะร่วมด้วย	
2. ระยะเวลาการเปลี่ยนอุปกรณ์รองขับ (Duration of irritant amount of time that skin is exposed to irritant)	มีการเปลี่ยนผ้า / แผ่นรองขับ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	มีการเปลี่ยนผ้า / แผ่นรองขับ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง	มีการเปลี่ยนผ้า / แผ่นรองขับ อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง	
3. สภาพผิวหนังของอวัยวะสืบพันธุ์ (Perineal skin condition skin integrity)	ผิวหนังลอก ผีกขาด และ / หรือ มีการอักเสบที่ผิวหนัง	ผิวหนังแดง / มีการอักเสบที่ผิวหนัง และ / หรือมีการติดเชื้อราที่ผิวหนัง	สภาพผิวหนังปกติ	
4. ปัจจัยเสริม (Contributing factors) - ภาวะอัลบูมินต่ำ (low albumin) - การได้รับยาปฏิชีวนะ (antibiotics) - การใส่สายยางให้อาหาร (tube feeding) - อื่นๆ (Others)	มีปัจจัยเสริม ≥ 3 ข้อ	มีปัจจัยเสริม 2 ข้อ	มีปัจจัยเสริม 0 - 1 ข้อ	
รวมคะแนน				

ที่มาตาราง: จันทนา เกลี้ยงพร้อม และคณะ, 2560

การประเมินผล :

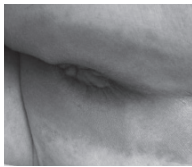
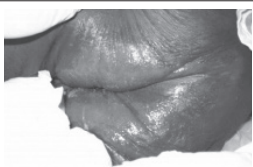
PAT Score : 4-6 คะแนน = มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผิวหนังอักเสบในระดับต่ำ
ให้ประเมินผิวหนังซ้ำ ทุก 24 ชั่วโมง

7 - 12 คะแนน = มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผิวหนังอักเสบในระดับ
สูง หรือมีผิวหนังถูกทำลาย ให้ประเมินผิวหนังซ้ำ ทุก 8 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดผิวหนังอักเสบ และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังโดยใช้เครื่องมือ: Incontinence - Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) (ตารางที่ 5) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (สุพิตรา อุปนิสากร และคณะ, 2558) (Level 6) และบันทึกลงในบันทึกทางการพยาบาล

ตารางที่ 5 แบบประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนัง: Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)

ระดับผิวหนัง	รูปภาพผิวหนัง	คำอธิบาย
ระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk)		ลักษณะผิวหนังไม่มีรอยแดง และไม่อุ่นกว่าบริเวณใกล้เคียง และมีภาวะถ่ายเหลวอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง
ระดับผื่นแดงเล็กน้อย (Mild IAD)		ภาวะที่ผิวหนังแห้ง ปกติ ไม่มีตุ่มพองน้ำ แต่เปลี่ยนเป็นสีชมพู หรือแดง ลักษณะแผลมีขอบเขตไม่ชัดเจน เมื่อสัมผัสจะพบว่าผิวหนังอุ่นกว่าบริเวณใกล้เคียง ผู้ป่วยรู้สึกแสบ หรือเจ็บ ปวดเมื่อสัมผัส (พื้นที่น้อยกว่า 20 ตารางเซนติเมตร)
ระดับผื่นแดงปานกลาง (Moderate IAD)		ผิวหนังมีสีแดงสด หรือแดงจัด ในคนผิวเข้ม ผิวมักจะเปื้อนมันเงา ขึ้น ร่วมกับมี เลือดซึม หรือจุดเลือดออก มักพบตุ่มพอง หรือตุ่มน้ำเล็กๆ อาจมีผิวเปิดออกเป็นบริเวณเล็กๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเจ็บแสบ (พื้นที่ 20 - 50 ตารางเซนติเมตร)
ระดับผื่นแดงมาก (Severe IAD)		มีแผลเปิด ตัน สีแดง มีสิ่งขับหลั่ง หรือเลือดซึม ผิวหนังส่วนบนอาจหลุดลอกออก เมื่อสัมผัสหลังติดกับผิวสัมผัสอื่น (พื้นที่มากกว่า 50 ตารางเซนติเมตร)
ผิวหนังอักเสบร่วมกับการติดเชื้อ (Fungal-appearing rash)		เกิดรอยผื่นเชื้อราบริเวณขอบของรอยแดง (อาจมีสีขาว เหลือง หรือ แดงเข้มในคนผิวคล้ำ) อาจมีลักษณะเหมือนเม็ดสัตว์ หรือจุดผื่นแดง (มีสีขาวหรือเหลือง) ผู้ป่วยอาจมีอาการคัน และสามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับความรุนแรงของ IAD

ที่มาตาราง: สุพิตรา อุปนิสากร และคณะ, 2558

ขั้นตอนที่ 3 การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

3.1 ระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk)

3.1.1 ทำความสะอาดผิวหนัง (จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563) (Level 7)

- 1) ล้างผิวหนังที่สัมผัสอุจจาระ และปัสสาวะทันที โดยการล้างน้ำหรือใช้สาลิซูปน้ำประปา
- 2) เช็ดผิวหนังเบาๆ ให้หมดคราบสกปรก **หลีกเลี่ยงการขัดถูผิวหนัง**
- 3) กรณีสกปรกมากต้องใช้สบู่ที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ค่า pH 5.4 - 5.9 ไม่มีส่วนประกอบที่ระคายเคืองผิวหนัง
- 4) เมื่อหมดคราบสกปรกแล้ว จึงล้างคราบสบู่ออกให้หมดด้วยน้ำประปา
- 5) ใช้วัสดุที่มีความอ่อนนุ่มซับผิวหนังเบาๆ ให้แห้ง

3.1.2 การดูแลผิวหนัง

1) กรณีสิ่งขับถ่ายเป็นอุจจาระ (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2563) (Level 7)

- ทาผิวด้วย moisturizer เพื่อบำรุงผิวเพิ่มความชุ่มชื้นไม่ให้ผิวแห้งแตกง่าย

- ทาทับด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนของน้ำมัน ไม่ละลายน้ำ ได้แก่ Petroleum jelly หรือ Vaseline cream โดยทาบางๆ เพื่อช่วยเคลือบผิว และช่วยให้เช็ดคราบสิ่งขับถ่ายออกได้ง่ายขึ้น (Raepsaet et al., 2021) (Level 1.C)

2) กรณีสิ่งขับถ่ายเป็นปัสสาวะ (สุพัตรา อุปนิสากร และคณะ, 2558) (Level 6) ปฏิบัติเช่นเดียวกับ กรณีสิ่งขับถ่ายเป็นอุจจาระ แต่ไม่ต้องทา moisturizer เพราะผิวจะชื้นเกินไป

3.1.3 การใช้แผ่นรองขับและการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป (จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563) (Level 7)

1) กรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ให้หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองขับ เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย

2) กรณีที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป แต่ให้พิจารณาใช้แผ่นรองขับที่มีคุณสมบัติการดูดซับที่ดี (high absorbance) โดยใส่เมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะปริมาณมาก และเปลี่ยนแผ่นรองขับทันทีเมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ

3.1.4 การจัดท่านอน ให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ ดังภาพที่ 3 เพื่อระบายอากาศ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง (จิรวรรณ ผาแก้ว และคณะ, 2563) (Level 7)



ภาพที่ 3 | ท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ

ที่มาภาพ: สุรัตน์ บุญญะการกุล, 2554

3.2 ระดับผื่นแดงเล็กน้อย (Mild IAD) ดูแลเช่นเดียวกับระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk) แต่แตกต่างกันในด้านการดูแลผิวหนัง ดังนี้

1) ทาสารเคลือบผิว (skin barrier cream) ที่มีส่วนประกอบของปิโตรลาตัม (petrolatum) หรือซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide) (Raepsaet et al., 2021) (Level 1) หรือไดเมททิกอน (dimethicone) หรืออะคริลิกโพลีเมอร์ (acrylic polymer) ในบริเวณที่มีผื่นแดงเพื่อป้องกันการระคายเคืองจากอุจจาระ หรือปัสสาวะ (สุพัตรา อุปนิสากร และคณะ, 2558) (Level 6)

2) ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ skin barrier cream ได้ ให้ทา petroleum jelly หรือ Vaseline cream บางๆ

ส่วนบริเวณผิวหนังที่ไม่มีรอยแดงให้ปฏิบัติเหมือนข้อระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk) กรณีสิ่งขับถ่ายเป็นอุจจาระ

3.3 ระดับผื่นแดงปานกลาง (Moderate IAD) ไปจนถึง ผิวหนังอักเสบร่วมกับการติดเชื้อ (Fungal-appearing rash)

1) เบื้องต้นให้การดูแลเช่นเดียวกับระดับผิวหนังที่มีความเสี่ยง (High risk) แต่แตกต่างกันในด้านการดูแลผิวหนัง ดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือ ET nurse

2) รายงานแพทย์ หรือ Consult ET nurse และให้การดูแลตามแนวทางของ Wound and ostomy care ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังซ้ำหลังได้รับการดูแลและบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล

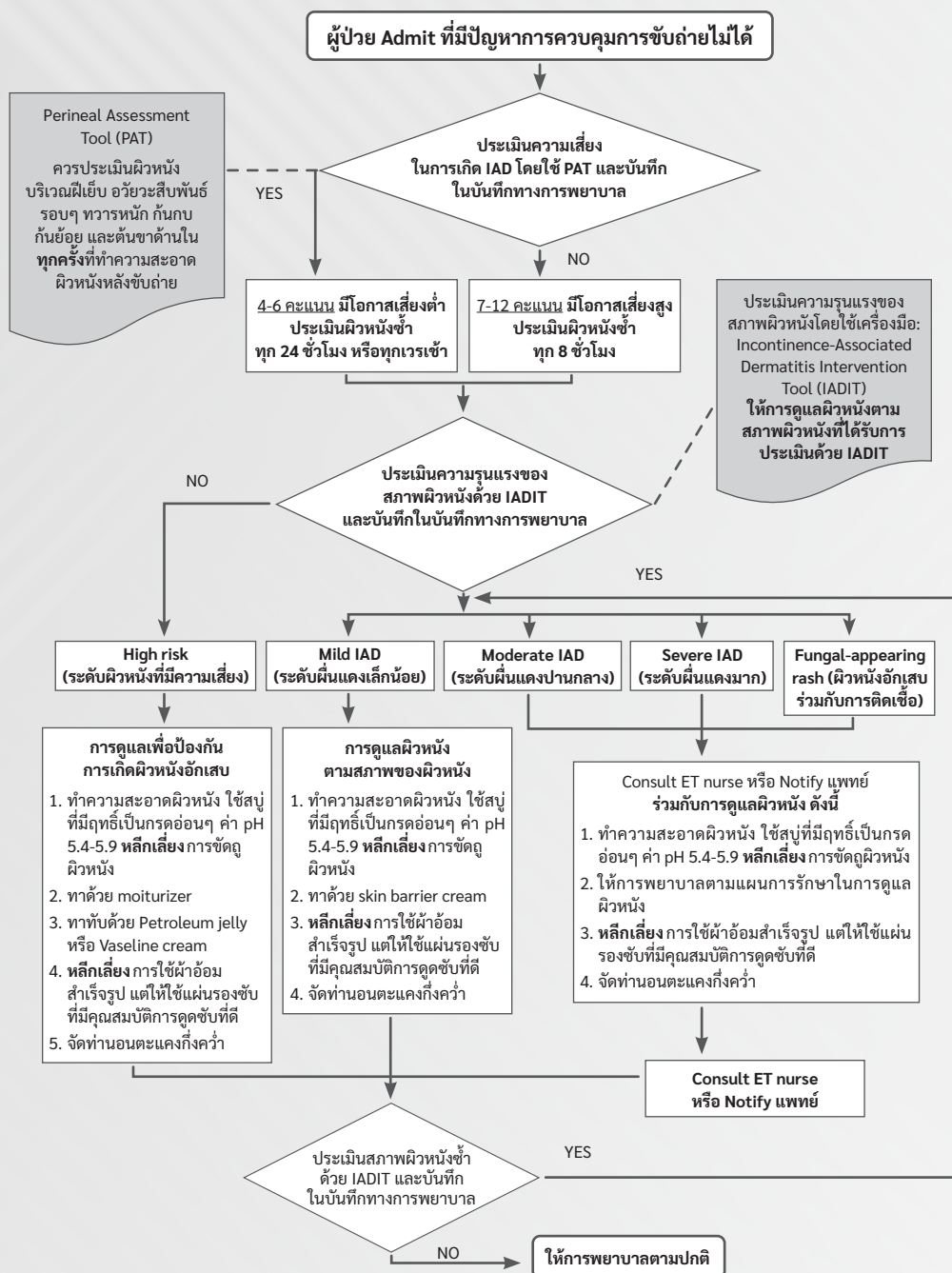
4.1 ประเมินความรุนแรงของผิวหนังซ้ำหลังได้รับการดูแลโดยใช้เครื่องมือ: Incontinence -Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) ตามตารางที่ 5

1) ผู้ป่วยที่มีคะแนน PAT score 4 - 6 คะแนน ให้ประเมินผิวหนังซ้ำทุก 24 ชั่วโมง

2) ผู้ป่วยที่มีคะแนน PAT score 7 - 12 คะแนน ให้ประเมินผิวหนังซ้ำทุก 8 ชั่วโมง

4.2 ลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาล

11 เรื่อง การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้



ผลการทดลองใช้ EB-CNPG (Pilot study)

หัวข้อ	ร้อยละ
1. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ / หรือผู้ดูแลเข้าใจถึงความเสี่ยง และความรุนแรงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ และการพยาบาล	100
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบด้วยเครื่องมือ PAT ทุกครั้งที่ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่าย	95
3. ประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังด้วยเครื่องมือ IADIT	95
4. ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่ายโดยใช้สบู่ที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ค่า pH 5.4 - 5.9 และซับให้แห้ง	100
5. ดูแลผิวหนังตามสภาพของผิวหนัง: High risk ให้ทาด้วย Moisturizer และทาทับด้วย Petroleum jelly หรือ Vaseline cream โดยทาบางๆ ถ้าเป็น Mild IAD ให้ทาเคลือบผิวหนังด้วย Skin barrier cream บางๆ	100
6. หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองซับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ใช้แผ่นรองซับที่มีคุณสมบัติการดูดซับที่ดี	100
7. จัดท่าตะแคงกึ่งคว่ำ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง	90
8. ประเมินความรุนแรงของผิวหนังซ้ำหลังได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือ IADIT และลงบันทึกทางการพยาบาล	90

จากการเก็บข้อมูล ทั้งหมด 6 ราย ระหว่างเดือนเมษายน 2564 ถึงพฤศจิกายน 2565 เนื่องจากช่วงที่เก็บข้อมูล พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะ และอุจจาระไม่ได้ค่อนข้างน้อย ผลการเก็บข้อมูล พบว่า

1. ขั้นตอนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบด้วยเครื่องมือ PAT ทุกครั้งที่ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่ายนั้น พยาบาลปฏิบัติ 95% อีก 5% ไม่ได้มีการประเมินผิวหนังโดยใช้เครื่องมือ PAT เพียงแค่ประเมินดูผิวหนังคร่าวๆ ด้วยตัวเอง ไม่ได้มีการบันทึกผิวหนังที่ประเมินได้ และประเมินผิวหนังผู้ป่วยแคว้นละครั้งตอนเช็ดตัวผู้ป่วยตอนเช้า

2. ขั้นตอนการประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังด้วยเครื่องมือ IADIT พยาบาลปฏิบัติ 95% อีก 5% ไม่ได้นำเครื่องมือ IADIT มาประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังของผู้ป่วย เนื่องจากความเร่งรีบของการทำงาน และพยาบาลยังไม่คุ้นชินในการใช้เครื่องมือมาประเมิน

3. ขั้นตอนการจัดทำตะแคงกึ่งคว่ำ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง พยาบาลปฏิบัติ 90% อีก 10% ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากมีการตะแคงตัวผู้ป่วย แต่ไม่ได้ตะแคงในท่ากึ่งคว่ำ และผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการตะแคงกึ่งคว่ำ ทำให้ไม่สามารถตะแคงท่ากึ่งคว่ำตามแนวปฏิบัติได้

เอกสารอ้างอิง

- จันจิรา จินาพร, สุธิสา เต็มทับ และกิตติกร นิลมานัต. เปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่มีส่วนผสมของปิโตรลาตัมกับผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์ต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของการเกิดแผลผื่นแดงระยะแรกในผู้ป่วยที่มีภาวะของเสียซึ่งขึ้นสมองจากตับเสื่อมที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้. (2561). *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 59-80.
- จันทนา เกลี้ยง พร้อม และสุรศักดิ์ พุฒินิธิชัย. (2017). การป้องกันผิวหนังถูกทำลายในผู้สูงอายุ. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 249-258.
- จิรวรรณ ผาแก้ว, จูตินันท์ เชื้อพรหมณ, นันทิดา ทองฮวด, ปิยะนุช จันทรสาโรจ, อภิญา รอดชมพู และคู่ขวัญ มาลีวงษ์. บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. (2563). *วารสารการพยาบาล*, 22(2), 2563. 127-134.
- นิพาทิน สุไลมาน, วิภา แซ่เฮี้ย และ จันทรา พรหมน้อย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต: การศึกษานำร่องโรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้. (2563). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(3), 26-36.
- นิพาทิน สุไลมาน, วิภา แซ่เฮี้ย และ จันทรา พรหมน้อย.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน ภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤต: การศึกษานำร่อง โรงพยาบาลระดับตติยภูมิภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(3), 26-36.
- พัฒนา พังศิริ. (2559). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสอุจจาระปัสสาวะ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 30(1), 59-67
- สุพัตรา อุปนิสากร, ทิพย์พิมล สมหมาย, ปิยะนัยต์ วัฒนประสาน และจารุวรรณ บุญรัตน์.(2558). การป้องกันและดูแลแผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ในผู้ป่วยวิกฤตที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม. *วารสารสหการพยาบาล*. 30(2), 86-100.
- Fiona Coyer, Jill Campbell, Grad Dip, and Anna Doubrovsky, (2020). Efficacy of Incontinence-Associated Dermatitis Intervention for Patients in Intensive Care. *Advances in Skin and Wound Care*, 33(1), 375-382.
- Pathar, P., Hines, S., Kynoch, K., & Coyer, F. (2017). Effectiveness of topical skin products in the treatment and prevention of incontinence-associated dermatitis: a systematic review. *JB I Evidence Synthesis*, 15(5), 1473-1496.
- Raepsaet, C., Fourie, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2021). Management of incontinence associated dermatitis: a systematic review of monetary data. *International Wound Journal*, 18(1), 79-94.

ตาราง PCL ที่ 11

เรื่อง การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ลำดับ	รายการ	ครั้งที่ / วันที่							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติ / หรือผู้ดูแลให้เข้าใจถึงความเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้ รวมถึงการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะ หรืออุจจาระไม่ได้								
2	ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังอักเสบด้วยเครื่องมือ PAT ทุกครั้งที่ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่าย								
3	ประเมินความรุนแรงของสภาพผิวหนังด้วยเครื่องมือ IADIT								
4	ทำความสะอาดผิวหนังหลังขับถ่าย โดยใช้สบู่ที่มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ค่า pH 5.4 - 5.9 และซับให้แห้ง								
5	ดูแลผิวหนังตามสภาพของผิวหนัง: High risk ให้ทาด้วย Moisturizer และทาหับด้วย Petroleum jelly หรือ Vaseline cream โดยทาบางๆ ถ้าเป็น Mild IAD ให้ทาเคลือบผิวหนังด้วย Skin barrier cream บางๆ								
6	หลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองขับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้ใช้แผ่นรองขับที่มีคุณสมบัติการดูดซับที่ดี								
7	จัดทำตะแคงกึ่งคว่ำ 30 นาที วันละ 2 ครั้ง								
8	ประเมินความรุนแรงของผิวหนังซ้ำหลังได้รับการดูแลด้วยเครื่องมือ IADIT และลงบันทึกทางการพยาบาล								
ผู้ปฏิบัติ									
ผู้ตรวจสอบ									

สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG

1. สรุปการคิดคะแนน AGREE - REX: Recommendation Excellence 2019
จาก Panel discussion

Assessment	Consensus score									Total score (%)
	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	
Quality Assessment	7	7	7	7	7	7	7	7	7	100
Suitability Assessment	7	7	7	7	7	7	7	7	7	100

2. คะแนน AGREE II : ฉบับภาษาไทย 2556 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

หมวด	เปอร์เซ็นต์ (%)
หมวด 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์	85
หมวด 2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	87
หมวด 3 ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ	82
หมวด 4 ความชัดเจนในการนำเสนอ	81
หมวด 5 การนำไปใช้	76
หมวด 6 ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ	54
ภาพรวม	78

Panel discussion

ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วม panel discussion ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลจำนวน 12 คน เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 12 ห้อง 1216 เวลา 10.00 - 12.00 น.

ครั้งที่ 2 ผู้เข้าร่วม panel discussion ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2564 อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 12 ห้อง 1216 เวลา 10.00 - 12.00 น.

รายนามผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. พว. วิจิตรา สุทธิเมธิกุล | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 25B |
| 2. พว. อังคนางค์ จันทวิลม | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 25A |
| 3. พว. กฤติยา หมดอินทอง | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วย สก. 4 |
| 4. พว. พรณนภา ฐะรงาน | พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 23C2 |

รายนามที่ปรึกษา

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice in Nursing) ในคณะกรรมการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี 2564

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. พว. จันทร์ทิพย์ ติระละ | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 15C2 |
| 2. พว. บังอร น้อยอ่ำ | หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 24B |
| 3. ผศ. วรณฤดี ภูทอง | อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐาน
และบริหารการพยาบาล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย |



สภาาชาดไทย
THAI RED CROSS SOCIETY

EB-CNPG Chula, TRC model Revised edition'2022

A GUIDE ON HOW TO
DEVELOP EB-CNPG

Aem-orn Saengsiri
Wanna Jindapern



สภาาชาดไทย
THAI RED CROSS SOCIETY

How to use tools for EB-CNPG design



Book is a window to the world.

ศูนย์พัฒนาทางวิชัยและนวัตกรรมการพยาบาล
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาาชาดไทย



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อเรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เล่ม 7: 1 & 2

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเล่ม 7-1

I : Critical care

1. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด (ECMO)

II : Neuro

2. การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. การป้องกันการสำลักในผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทสมองที่มีความเสี่ยงต่อภาวะการกลืนลำบาก

III : Respiratory care

4. การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาโดยการพ่นยา
5. การป้องกันและลดการบาดเจ็บบริเวณจมูกในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการช่วยหายใจแรงดันบวกชนิดไม่รุกราน

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเล่ม 7-2

IV : Fall

6. การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยในหน่วยอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ
7. การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยมะเร็ง

V : OR

8. การเตรียมลำไส้ในผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
9. การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด

VI : OPD

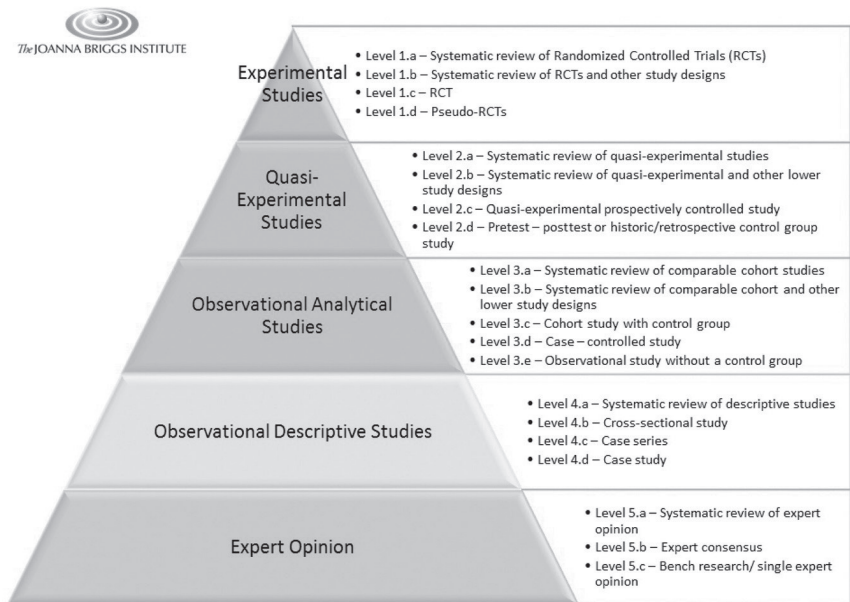
10. การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia ณ แผนกผู้ป่วยนอก

VII : Wound care

11. การป้องกันภาวะผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขี้ถ่ายไม่ได้ (IAD)

ภาคผนวก ข

การประเมินและวิเคราะห์คุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์



ที่มา : <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>

การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014)

ภาคผนวก ค

รูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ EB-CNPG Chula, TRC model Revised edition'2022

เอนอส แลงคีรี, PhD, APN.
วันนา จินดาเพิ่ม, MNS, APN.

สาระสำคัญ จากการพัฒนากระบวนการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2553 ...ปี 2562 ที่ได้มีการพัฒนารูปแบบ EB-CNPG Chula, TRC model และได้รับการ Revised edition' 2022 ซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้

- 1) กลวิธีการสืบค้นข้อมูล ใช้ PICOT เป็นแนวทางนำในการสืบค้นข้อมูล
- 2) ข้อตกลงการใช้เกณฑ์ประเมินระดับงานวิจัย คณะทำงานฯ เห็นพ้องในการใช้เกณฑ์ของสถาบัน The Joanna Briggs Institute guides, JBI¹ แทน Melnyk & Fineout² ปี 2011 เนื่องจากรูปแบบงานวิจัยมีความละเอียดมากขึ้น ทั้งนี้เกณฑ์ของสถาบัน JBI มีความเหมาะสมสอดคล้องกับรูปแบบที่ละเอียดของประเภทงานวิจัยในปัจจุบัน
- 3) การประยุกต์ใช้ เกณฑ์และเครื่องมือของ The AGREE Research³ และ GRADE⁴ ร่วมกับแนวทางของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC)⁵ ประกอบการพัฒนา EB-CNPG ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

โดยมีรายละเอียด ขั้นตอนต่างๆ ที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทองค์กร ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขในคลินิก

ประเด็นปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานในคลินิก เป็นสิ่งสำคัญ ร่วมกับหน่วยงานมีความเห็นพ้องในการปรับปรุงคุณภาพประเด็นปัญหานั้นๆ หรือเป็นการวางแผนงานของผู้บริหาร เช่น การปรับปรุง (Revise) EB-CNPG ทุก 3 ปี เป็นต้น

2. จัดตั้งทีมพัฒนา EB-CNPG

ทีมคณะทำงานหลัก คือ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิก และมีความเชี่ยวชาญในประเด็นปัญหาเป็นสำคัญ ทีมงานมีความชำนาญในการสืบค้น การอ่าน และประเมินคุณภาพงาน (โดยเฉพาะที่มาจากงานวิจัย) เป็นการประสานความร่วมมืออย่างแท้จริงระหว่างผู้ปฏิบัติและศูนย์พัฒนางานวิจัยฯ ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวนสมาชิกทีมควรอยู่ระหว่าง 3-5 คน (ต้องงาน EB-CNPG 1 เรื่อง) พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse, APN) เป็นบุคคลที่ถูกคาดหวังว่าควรจะเป็น key person รวมทั้ง หัวหน้าทีมจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำ EB-CNPG และจบการศึกษาระดับปริญญาโท ทางพยาบาล

3. กำหนดโครงสร้าง EB-CNPG วัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์

การกำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขต และผลลัพธ์ทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานที่จะนำไปใช้ ทั้งนี้ การกำหนดผลลัพธ์ เป็นผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ให้บริการ (ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ health outcome เช่น ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลานอนโรงพยาบาล อัตราตาย เป็นต้น) ผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจของผู้ร่วมงานในการใช้ EB-CNPG) และหน่วยงาน หรือองค์กร

4. การสืบค้น และประเมินคุณค่า Evidence

การสืบค้น Evidence ต้องจัดการอย่างเป็นระบบ โดยใช้ PICOT เป็นกรอบการสืบค้นในการกำหนดคำสำคัญ แหล่งสืบค้นจากฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นงานวิจัยฉบับเต็มได้ อย่างน้อย 3 ฐานข้อมูล และสิ่งสำคัญ คือการประเมิน Evidence ที่สืบค้นได้ต้องทำอย่างเป็นระบบ หลักการประเมินที่ครอบคลุมถึงการออกแบบงานวิจัย (Designs) การดำเนินงานวิจัย การวัดผลลัพธ์ เป็นต้น (ซึ่งกล่าวไว้โดยละเอียดใน Part II)

5. การยกย่อง EB-CNPG

ข้อสรุปที่ได้จากการสืบค้น Evidence ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ จำต้องคำนึงถึงการนำไปใช้ในคลินิกได้จริงตามบริบทของหน่วยงาน / องค์กร ทีมคณะทำงานเห็นพ้องกันในการใช้ **ตารางสังเคราะห์งานวิจัย** เป็นเครื่องมือหนึ่งในการรวบรวมข้อสรุป ผลลัพธ์ ที่ได้จากการสืบค้น ในเชิงเนื้อหาของ Evidence ที่สำคัญที่สืบค้นได้ **ข้อสรุปที่ได้** เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาปรับใช้ในการ **ยกย่องพัฒนา EB-CNPG**

ในขั้นตอนนี้ ทีมคณะทำงานซึ่งได้ร่วมอ่าน ประเมินงานวิจัยร่วมกัน จนตกตะกอนความคิดที่สรุปรวมจาก Evidence ที่สังเคราะห์ได้ ผสมกับประสบการณ์ การปฏิบัติงานในคลินิก (Experience) และความคิดสร้างสรรค์ (Creativities) ที่ สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ทีมคณะทำงานต้องให้ข้อเสนอแนะ และทางออกร่วมกันในการยกย่อง EB-CNPG โดยมีหัวข้อในการจัดทำรูปเล่ม โดยมี โครงสร้างบทความดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ไทย - อังกฤษ และ รายนามผู้ร่วมพัฒนางาน EB-CNPG
(ใส่วุฒิการศึกษาแบบย่อ ท้ายชื่อของทุกท่าน)

2. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา/หรือการพัฒนา EB-CNPG
3. วัตถุประสงค์
4. แผนผัง การสืบค้นงานวิจัยด้วย PICOT
5. ลักษณะกลุ่มผู้ป่วยและผู้ใช้ (พยาบาล) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
6. นิยามศัพท์
7. ขั้นตอน แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก
8. Flow แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เรื่อง
9. ผลการทดลองใช้ EB-CNPG (Pilot study)

รายการที่ 1-9 รวม 8 หน้ากระดาษ A4

10. เอกสารอ้างอิง : ส่งการเขียนอ้างอิง แบบ APA เพื่อตรวจสอบ ก่อนปรับ เป็น Vancouver

11. สรุปการประเมินคุณภาพการพัฒนา EB-CNPG (ดังตัวอย่าง P. 2/2)

11.1 สรุปการคิดคะแนน AGREE-REX: Recommendation Excellence 2019

11.2 สรุปการคิดคะแนน AGREE II

12. ตาราง PCL (Performance Check List)

13. ผู้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (ชื่อ - นามสกุล ตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัด) เช่น พว. พยาบาล 6 หอผู้ป่วยภูมิสิริฯ.....

14. ที่ปรึกษา (ชื่อ - นามสกุล และหน่วยงานต้นสังกัด)
15. ผู้ทรงคุณวุฒิ (ชื่อ - นามสกุล และหน่วยงานต้นสังกัด)
16. รายนามผู้ร่วม Panel discussion และวัน - เวลา - สถานที่ (ชื่อ - นามสกุล และหน่วยงานต้นสังกัด)

หมายเหตุ ***ลักษณะงานพิมพ์ที่ส่ง** เป็น *file word*

- เค้าโครงหน้ากระดาษ ตั้งขนาด ดังนี้
 - 1) ระยะขอบ (Margin) เป็น ปกติ และ
 - 2) ขนาดกระดาษ (Size) เป็น A5 (ขนาดเล่มหนังสือ ขึ้นอยู่กับการออกแบบในแต่ละปี ให้รอประกาศจากกองบรรณาธิการ)
- รูปแบบตัวหนังสือ TH Sarabun New/ ขนาดตัวอักษร 14

6. การตรวจสอบคุณภาพ ร่าง EB - CNPG

ในกระบวนการนี้ ทีมคณะทำงาน นำเสนอการตรวจสอบ ร่าง EB - CNPG ไว้ 3 ขั้นตอน โดยในแต่ละขั้นตอน คณะทำงานฯ ได้เลือกใช้เครื่องมือช่วยประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือในระดับสากล เพื่อให้ทีมคณะทำงานฯ ใช้ประกอบการตัดสินใจคุณภาพของ ร่าง EB - CNPG โดยคำนึงถึงเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาในกระบวนการประเมิน กระบวนการตรวจสอบในขั้นนี้ ประกอบด้วย

1) การตรวจสอบกระบวนการพัฒนา ร่าง EB - CNPG

โดย ทีมคณะทำงาน และตัวแทนคณะทำงานที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือประเมิน AGREE Report Checklist โดยเป็นการ Cross check ระหว่างกลุ่มงานการพยาบาล ด้วยเครื่องมือประเมิน AGREE Report Checklist เพื่อเป็นการตรวจสอบกระบวนการพัฒนา EB - CNPG จากผู้ที่มีประสบการณ์การพัฒนา EB - CNPG ด้วยเครื่องมือประเมินในการสร้างความเข้าใจไปในแนวทางเดียวกัน

2) การอภิปราย (Panel discussion)

การอภิปราย โดยกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการใช้ EB - CNPG ปรับจาก Panel discussion ของ GRADE⁴ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา EB - CNPG ในช่วงการดำเนินการอภิปรายนี้ ผู้เกี่ยวข้องได้แสดงความเห็นถึงประโยชน์ อันตราย คุณค่า ความสะดวกและง่ายต่อการนำ EB - CNPG ไปปฏิบัติ รวมถึงความคุ้มค่าคุ้มทุน เมื่อนำ EB - CNPG ลงสู่การปฏิบัติ ก่อนนำเสนอ –ร่าง- EB - CNPG ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบในลำดับต่อไป

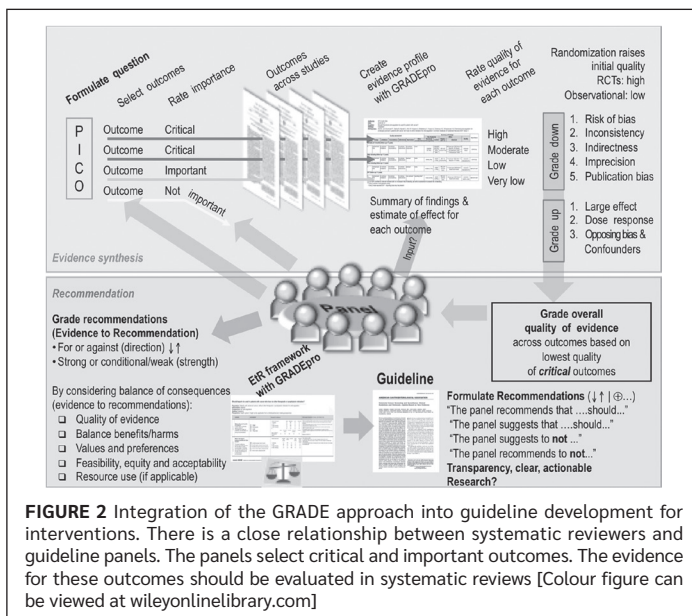


FIGURE 2 Integration of the GRADE approach into guideline development for interventions. There is a close relationship between systematic reviewers and guideline panels. The panels select critical and important outcomes. The evidence for these outcomes should be evaluated in systematic reviews [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

ที่มา : Zhang Y, Aki E, Schünemann. Using systematic reviews in guideline development: the GRADE approach. *Research synthesis methods*. 1-8: 2018. [Colour figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ ที่ทีมพัฒนา EB - CNPG ต้องเชิญมาร่วมการอภิปรายร่วมกับทีมคณะทำงาน ได้แก่ พยาบาลในคลินิก หัวหน้าหอผู้ป่วย/หรือผู้ตรวจการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รวมไม่ควรมากกว่า 8 - 10 ท่าน โดยแต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ ที่ไม่ซ้ำกัน โดยใช้แบบประเมิน AGREE-REX: Recommendation Excellence ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย เอมอร แสงศิริ และคณะ เพื่อประกอบการประเมินในการอภิปราย ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

3) ตรวจสอบ –ร่าง- EB - CNPG โดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก

ผู้ทรงคุณวุฒิในกระบวนการนี้ รวม 3 ท่าน (เป็นอย่างน้อย โดยมีจำนวนเป็นเลขคี่) ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) APN หรืออาจารย์พยาบาล 3) พยาบาลในคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญ / ชำนาญการ หัวหน้างาน หรือพยาบาลจบปริญญาโททางการพยาบาล ทั้งนี้ การพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิ ขึ้นอยู่กับเนื้อหาของ EB - CNPG และคุณสมบัติของบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในเนื้อหาของ EB - CNPG โดยการใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผลของ AGREE II (ฉบับภาษาไทย)⁶

เครื่องมือ AGREE II (ฉบับภาษาไทย) วัตถุประสงค์ของ AGREE II (ฉบับภาษาไทย) เป็นกรอบในการดำเนินการสำหรับ

1. ประเมินคุณภาพของแนวทางปฏิบัติ
2. เป็นกลยุทธ์วิธีการ เพื่อการจัดทำแนวทางปฏิบัติ และ
3. แจกข้อมูลที่ควรรายงานและวิธีการรายงานในแนวทางปฏิบัติ ทั้งนี้ กลุ่มบุคคลที่สามารถใช้งานได้ ได้แก่

1) **กลุ่มผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ** ที่ต้องการทำการประเมินแนวทางปฏิบัติของตนเองก่อนนำไปปฏิบัติ

2) **ผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติ** เพื่อปฏิบัติตาม โครงสร้าง และวิธีการพัฒนาที่เข้มงวด มีการทำการประเมินภายใน เพื่อให้แน่ใจว่าแนวทางปฏิบัติของตนมีความเหมาะสม หรือเพื่อประเมินแนวทางปฏิบัติของกลุ่มอื่นๆ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการปรับใช้ในแนวทางปฏิบัติของตน

3) **ผู้จัดทำนโยบาย** เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าจะแนะนำแนวทางปฏิบัติฉบับใดสำหรับการนำไปปฏิบัติ หรือแจ้งเพื่อการตัดสินใจด้านนโยบาย

4) **ผู้ให้การศึกษา** เพื่อช่วยยกระดับ ทักษะการประเมินหลักฐานทางการแพทย์ที่สำคัญ สำหรับกลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ

AGREE II (ฉบับภาษาไทย)⁶ ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ภายใต้อหุมวดคุณภพการประเมณ 6 หมวด ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสย 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ

เกณฑ์การคิคคะแนนของ AGREE II

เมื่อได้ความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว AGREE II (ฉบับภาษาไทย) มีการประมวลดคะแนน รายหมวด คำนวณได้จากการรวบรวมนคะแนนทั้งหมดของแต่ละหัวข้อในหมวดนั้น และจัดลำดับคะแนนรวมเป็นร้อยละของคะแนนสูงสุด ในแต่ละหมวด คำนวณโดย

$$\text{คะแนนที่ได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้} \times 100$$
$$\frac{\text{คะแนนสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{ทั้งหมด}}$$
$$\text{คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได} = 7 (\text{เห็นด้วยอย่างมาก}) \times 3 (\text{หัวข้อ}) \times \text{จำนวนผู้ประเมณ}$$
$$\text{คะแนนต่ำสุดที่จะเป็นไปได} = 1 (\text{ไม่เห็นด้วยอย่างมาก}) \times 3 (\text{หัวข้อ}) \times \text{จำนวนผู้ประเมณ}$$

จากข้อสรุปที่ประมวลดจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมกับการให้คะแนน ให้ทีมคณะทำงานมีข้อมูลทีสร้างคามมั่นใจ เพื่อนำไปตัดสินใจเลือกปรับปรุง –ร่าง- EB- CNPG ก่อนนำไปทดลองใช้

7. ทดลองใช้ EB- CNPG (Pilot study)

เมื่อทีมคณะทำงาน ได้ร่าง CNPG ทีพร้อมนำไปทดลองใช้แล้ว ทีมคณะทำงาน จักต้องสร้าง แบบฟอร์มการตรวจสอบ (Performance Check List, PCL) เพื่่อำนวยความสะดวกในการตรวจสอบการนำ CNPG ไปใช้ในหน่วยงาน ของกลุ่มเป้าหมาย (Pilot study) จำนวน 10-30 ราย หรือ หากจำนวน case มีน้อย ให้ใช้ระยะเวลา 1-3 เดือน เมื่อผลการทดลองใช้ไม่มีประเด็นต้องปรับปรุงแล้ว ทีมคณะทำงานเตรียมจัดพิมพ์เผยแพร่ หรือพัฒนาเป็นงานวิจัยจากการปฏิบัติงานในคลินิก (Routine to Research, R2R) ต่อไป

8. ประกาศใช้ในองค์กร

โดยนำเสนอในงาน “Kickoff EB-CNPG ปี” ของฝ่ายการพยาบาล ในแต่ละปี และประมวลเนื้อหาให้ง่ายต่อการนำไปใช้ สำหรับพยาบาลในคลินิก โดยผ่านการพิจารณาปรับปรุงจากกองบรรณาธิการ หนังสือแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก เพื่อตีพิมพ์ในปีต่อไป

9. การพัฒนาต่อยอดเป็น CNPG2Research (R2R)

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของปัญหาในคลินิกเป็นสำคัญ ว่าต้องการได้รับการพิสูจน์ด้วยกระบวนการวิจัยหรือไม่ มิใช่ทุกเรื่องต้องนำมาพัฒนาเป็นงานวิจัย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมของทีมผู้พัฒนา EB - CNPG ย่อมเข้าใจในประเด็นการพัฒนาเป็นวิจัยเป็นอย่างดี

10. เผยแพร่ผลงาน

เพื่อสื่อสารองค์ความรู้ให้แก่วิชาชีพพยาบาล ทั้งภายใน และภายนอก หน่วยงาน การเผยแพร่ผลงาน เช่น การนำเสนอในงาน “Kickoff EB - CNPG” การจัดทำเป็นหนังสือ EB - CNPG การตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ทั้งใน และนอกประเทศ หรือการนำเสนอในงานประชุมทางวิชาการต่างๆ ในรูปแบบปากเปล่า หรือโปสเตอร์ (Oral / Poster presentation)

การปฏิบัติการพยาบาล โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นข้อมูล สนับสนุนการพัฒนางานบริการทางการพยาบาล เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ทักษะ ประสบการณ์ ความอดทน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกระบวนการวิจัย มาประกอบ การพัฒนางาน นอกจาก ผู้รับบริการได้ประโยชน์ในทางตรงแล้ว สำคัญ คือ บุคลากรทีมคณะทำงาน ที่ได้มาเรียนรู้ร่วมกันในชั้นเรียน จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการ discussion กับผู้ทรงคุณวุฒิ เรียนรู้ในโลก online ที่มีแหล่งความรู้มากมาย ให้สืบค้น เรียนรู้การคิด วิเคราะห์ และพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตร่วมกันขณะร่วมทีม ทำงาน ซึ่งนับเป็นประโยชน์ที่มีอาจประเมินค่าได้ เนื่องจากการเรียนรู้มีอยู่ตลอดชีวิต “*Lifelong learning*”

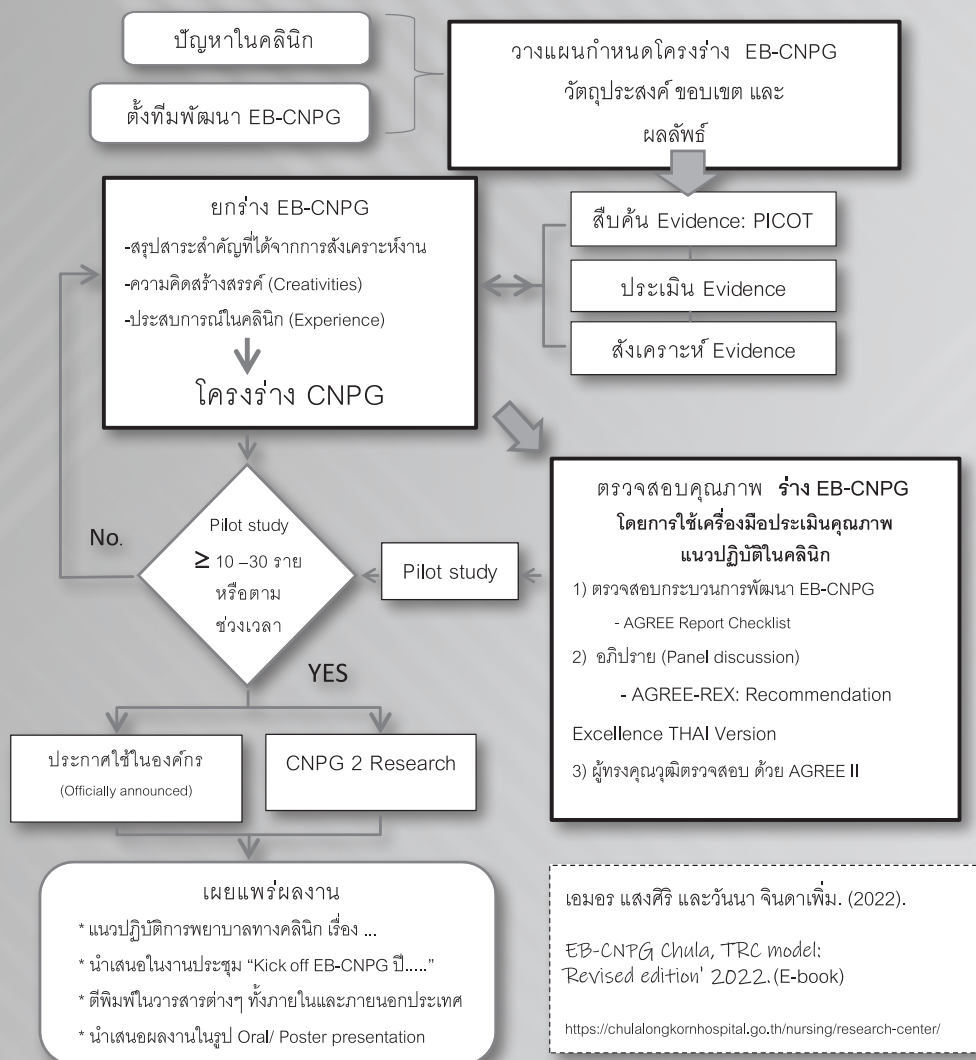
แต่สิ่งที่สำคัญในลำดับต่อมา คือการนำลงสู่ปฏิบัติให้เป็นในแนวทางเดียวกัน ทั้งองค์กร ซึ่งต้องการแรงสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E & Munn Z. The updated JBI model for evidence-based healthcare. The Joanna Briggs Institute. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30]. Available from: https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf.
2. Melnyk BM & Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2011.
3. The AGREE Research trust. Guideline development. Available from: <http://www.agreetrust.org/>
4. Zhang Y, Aki E, Schünemann. Using systematic reviews in guideline development: the GRADE approach. **Research synthesis methods** 2018; 1-8.
5. NHMRC. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [Internet]. 1999 [cited 2019 May 30]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/guide-development-evaluation-and-implementation-clinical-practice-guidelines>
6. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>

EB - CNPG Chula, TRC model

Revised edition'2022



ภาคผนวก ง

Easy way for Searching & Pick-up evidence-based in nursing practice by PICOT

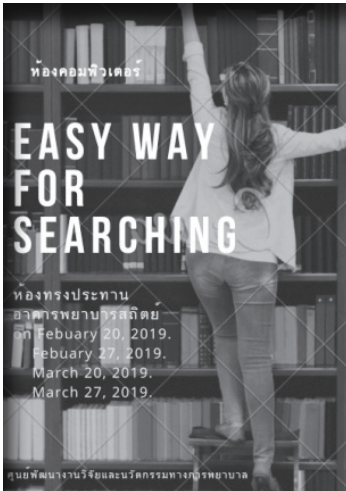


วันนา จินดาเพิ่ม, MNS., APN.



เอนอร แสงศิริ, PhD., APN.

Easy way for Searching & Pick-up evidence-based in nursing practice by PICOT



ปัจจุบันวิชาชีพการพยาบาลจำเป็นต้องมี
การพัฒนางองค์ความรู้ และการปฏิบัติการ
พยาบาลให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

เพื่อให้เกิดความมั่นใจในประสิทธิผลและความปลอดภัยของผู้รับบริการ นำไปสู่
การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนั้น การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมี
คุณภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ที่ทันสมัยจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่
(Best available evidence) มีความน่าเชื่อถือ มีการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการ
ปฏิบัติ เกิดการปรับปรุงคุณภาพงานบริการพยาบาล ซึ่ง อรพรรณ โตสิงห์ ให้
คำจำกัดความการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่า “การใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งได้จาก
กระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์ อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ
ในกระบวนการรักษาพยาบาล”¹ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
(Systematic review) โดยใช้วิธีการตั้งคำถามทางคลินิกการสืบค้นทางงานวิจัย /
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดอย่างเป็นระบบ การคัดเลือกและการประเมินคุณภาพ
หลักฐานเชิงประจักษ์ การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์และการประเมินผลการ
ปฏิบัติการ

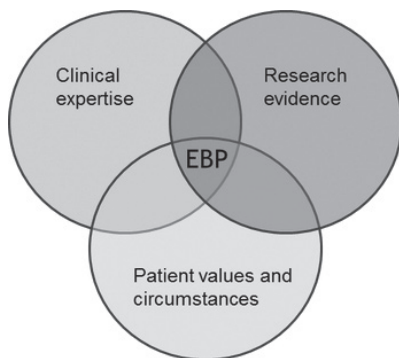
ปัจจัยหลักที่เป็นอุปสรรคในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปปรับใช้ในการพยาบาล คือ ความสามารถในการเข้าถึงงานวิจัยที่ต้องการสืบค้น² ส่วนอุปสรรคของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์โดยบุคลากรสุขภาพ คือ การขาดทักษะในการสืบค้น³ ซึ่งสารสนเทศและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่มากมาย อาจทำให้พยาบาลต้องใช้เวลามากเกินไปในการสืบค้น ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า และท้อถอยในการสืบค้นสารสนเทศ ดังนั้นความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - based practice) และความชำนาญในเรื่องการสืบค้นข้อมูล จึงเป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน อันจะนำไปสู่การประมวลความรู้ และประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ โรงพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการ การพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการพัฒนางานวิจัยมาประยุกต์ใช้ เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ และแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก อันเป็นกลไกขับเคลื่อนการเสริมสร้างความเป็นเลิศของวิชาชีพพยาบาลที่สำคัญที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย ผสานการให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ และการกำกับควบคุมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในคลินิกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาศักยภาพและศักยภาพของบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถในการสืบค้น การอ่านงานวิจัย และนำงานวิจัยมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการเป็นผู้นำในการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ในคลินิกได้อย่างสอดคล้องกับบริบทขององค์กร การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ จะช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเข้าถึงข้อมูลที่น่ามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานบริการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูล รวมถึงได้ข้อมูลที่มีประโยชน์จริง นำไปใช้ในการพัฒนางานบริการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

ในบทความนี้ กล่าวถึง ความหมายของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence - based practice) ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลักการในการตั้งคำถาม PICOT framework แหล่งข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เทคนิคการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกงานวิจัยตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และข้อสงสัยที่พบบ่อย (Frequently asked questions)

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)

ความหมายของคำว่า การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice: EBP) ที่ใช้กันส่วนใหญ่มีที่มาจาก Dr.David Sackett, 1996⁴ ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยให้นิยามว่า “เป็นการตัดสินใจวิธีการรักษา หรือดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการ โดยพิจารณาจากหลักฐานที่ดีที่สุดซึ่งมีความชัดเจน และมีเหตุผล ที่มีอยู่ในขณะนั้นอย่างรอบคอบ”



Sackett D, "Evidence-based Medicine - What it is and what it isn't". BMJ 1996; 312; 71-72. Retrieved from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71>

นักวิชาการทางการแพทย์มากมายที่ได้นำเสนอแนวคิดในการปรับปรุงประยุกต์ เปลี่ยนแปลงงานวิจัยเป็นความรู้ เพื่อให้สามารถใช้งานในคลินิกได้โดยง่าย เช่น The Iowa model, the ACE Star model, The JBI Model of Evidence-Based เป็นต้น^{5,6,7} นักวิชาการในวงการวิชาชีพการพยาบาลไทย ได้ให้ความหมายของ หลักฐานเชิงประจักษ์และการใช้ผลงานวิจัยทางการแพทย์ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับพยาบาลในวิชาชีพ ดังนี้

“การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) หมายถึง การบูรณาการหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดีที่สุด (BEST SCIENTIFIC EVIDENCE) จากงานวิจัยทางการแพทย์และงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญทางคลินิก และความเห็น หรือความชื่นชอบของผู้ป่วยในการกำหนด แนวทางหรือตัดสินใจเลือกในการให้การพยาบาลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ในรูปของ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ (CLINICAL PRACTICE GUIDELINE) คู่มือการพยาบาล (PROTOCOL) การกำหนดนโยบาย (POLICY) หรือ อื่นๆ”⁸

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2547

“การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง การตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้หัตถการ / การรักษาที่จะให้กับผู้ป่วย / ผู้รับบริการ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดขณะนั้น ซึ่งตามปกติจะมาจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีและมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ ร่วมกับ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ใช้ และค่านิยม / ความเชื่อของผู้รับบริการ”⁹

พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นับเป็นวิธีการบูรณาการความเชี่ยวชาญของบุคลากรด้านสุขภาพ ค่านิยมของผู้ป่วย / ผู้รับบริการ กับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด สร้างความมั่นใจในการนำมาใช้ในการตัดสินใจร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ โดยความเชี่ยวชาญของบุคลากรสุขภาพ อันเกิดจากการสั่งสมประสบการณ์จากการทำงาน การศึกษาและฝึกอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย / ผู้รับบริการ ในขณะที่ผู้ป่วย / ผู้รับบริการจะเกี่ยวข้องกับการกำหนดสิ่งที่ตนให้ความสำคัญ/ คาดหวังและเห็นว่ามีความสำคัญ ส่วนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด จะเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยใช้วิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบ

ความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์

การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ Why Evidence-based practice or EBP? นับเป็นหนึ่งในขั้นตอนที่จะทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วย หรือผู้รับบริการแต่ละคนจะได้รับบริการที่ดีที่สุด การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตน ร่วมกับ Why Evidence-based practice or EBP? หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่มีอยู่ในขณะนั้น มาใช้ในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่ดีและเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ซึ่งสามารถประหยัดเวลาและที่สำคัญที่สุดสามารถปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนผู้รับบริการ

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้หลักการในการตั้งคำถาม PICOT¹⁰ framework

การตั้งคำถามจากคำว่า “PICOT” เพื่อช่วยในการกำหนดคำถามสำคัญในการสืบค้นดังนี้

- P : Population** – ใช้สำหรับกำหนดกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มประชากรที่สนใจศึกษา หรือปัญหา เช่น Adult patient (ผู้ป่วยผู้ใหญ่) Open heart surgery (ผู้ป่วยผ่าตัดทรวงอก)
- I : Intervention** – กำหนดวิธีการจัดการ หรือวิธีการปฏิบัติ เช่น Oral care, Suction
- C : Comparison** – ใช้สำหรับเรื่องการเปรียบเทียบ ได้แก่ การเปรียบเทียบทางเลือกอื่นๆ หรือสิ่งที่ควบคุมในการทดลอง เช่น Oral care with normal saline เปรียบเทียบการทำความสะอาดช่องปากด้วยน้ำเกลือ

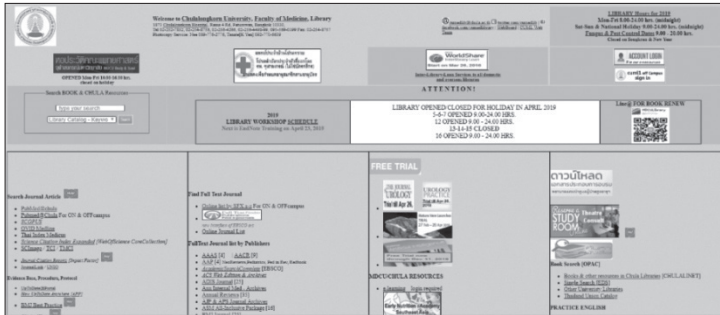
- O : Outcome** – เป็นการกำหนดผลลัพธ์ ผลที่เกิดขึ้น สิ่งที่ดีขึ้นของสิ่งที่วัดได้จากการจัดกระทำ เช่น Ventilator - associated pneumonia, ระดับออกซิเจนในโลหิต (Oxygen saturation)
- T : Time** – การให้รายละเอียดเกี่ยวกับเวลา ช่วงเวลาของการทำวิจัย (ไม่ใช่ ปี ค.ศ. ของงานวิจัยที่สืบค้น)

แหล่งข้อมูลในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์สามารถสืบค้นได้จากแหล่งต่างๆ ดังนี้

1. แหล่งข้อมูลที่อยู่ในรูปอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database) เป็นแหล่งข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญและใหญ่ที่สุด เป็นที่นิยมกันมากในปัจจุบัน เนื่องจากการค้นหาข้อมูลทำได้สะดวกและรวดเร็ว โดยการกรอกข้อมูลที่ต้องการค้นหา หรือ คำสำคัญ (Keyword) เข้าไปที่ช่องค้นหา (Search box) แล้วกด “Enter” ข้อมูลที่เราค้นหาก็จะถูกแสดงออกมาอย่างมากมาย สำหรับเว็บไซต์ที่ให้บริการ Search engine มีอยู่มากมายหลายเว็บไซต์ พยาบาล หรือบุคลากรในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เว็บไซต์ที่แนะนำ ได้แก่ เว็บไซต์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (<http://www.library.md.chula.ac.th>) ซึ่งต้องมี password ในการเข้าฐานข้อมูล เพื่อให้ได้ full paper ที่ฝ่ายเทคโนโลยีและสารสนเทศ อาคาร อปร ชั้น 8 โดยการขอผ่านศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ อาคาร บิละ 1 ครั้ง (ทางศูนย์ฯ จะประกาศให้ทราบ)

เว็บไซต์ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย
ฐานข้อมูล ดังนี้



1.1 ฐานข้อมูลออนไลน์ ฐานข้อมูลที่ใช้อยู่ในการสืบค้นหลักฐานเชิง
ประจักษ์ของพยาบาล ได้แก่

- CINAHL (The Cumulative Index to Nursing & Allied Health) เป็นฐานข้อมูลด้านการพยาบาล ชีวการแพทย์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์ทางเลือก และด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังเป็นฐานข้อมูลในการสืบค้นหนังสือ การดูแลทางสุขภาพ วิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล สามารถค้นหาได้ที่ Academic Search Complete [EBSCO]

- ScienceDirect Freedom Collection & 8 Archives Collections [Elsevier] เป็นฐานข้อมูลบรรณานุกรมและเอกสารฉบับเต็ม (Full-text) จากวารสารของสำนักพิมพ์ในเครือ Elsevier ประกอบด้วย หนังสือ และวารสาร ด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถดูข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1995 - ปัจจุบัน

- ProQuest Health & Medical Collection เป็นฐานข้อมูลที่ครอบคลุมสาขาวิชาเฉพาะทางคลินิกการแพทย์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ จากวารสารกว่า 1,300 ชื่อ ให้ข้อมูลฉบับเต็มประมาณ 1,100 ชื่อ ตั้งแต่ปี 1986 - ปัจจุบัน (ขึ้นกับวารสารแต่ละชื่อ)

- Cochrane Library เป็นฐานข้อมูลที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพทั้งหมดที่ให้ข้อมูลการทบทวนอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT) ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพสูง

- BMJ Journals ฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์ ครอบคลุมสาขาวิชาเฉพาะหลายสาขา เช่น Neurology, Pathology, Emergency, Rheumatology ให้เอกสารฉบับเต็มของวารสาร 23 ชื่อ ตั้งแต่ปี 1997 - ปัจจุบัน และสามารถสืบค้นได้ไม่จำกัดจำนวน

- PubMed ฐานข้อมูลที่รวบรวมบทความในวารสารทางด้านการแพทย์ และสาขาที่เกี่ยวข้องไว้มากกว่า 21 ล้านเรื่อง จาก MEDLINE วารสารทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ตลอดจนถึงหนังสือออนไลน์ ตั้งแต่ปี 1950 จนถึงปัจจุบัน บทความบรรณานุกรม และบทความที่อยู่ใน PubMed ครอบคลุมสาขาวิชาทางการแพทย์ และ Life sciences, Behavioral sciences, Bioengineering นอกจากนี้ PubMed ยังสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้

1.2 ฐานข้อมูลทรัพยากรสารสนเทศในห้องสมุด หรือห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic library) สามารถใช้บริการผ่านทางอินเทอร์เน็ต ค้นหาข้อมูลสะดวก รวดเร็ว โดยสามารถค้นคว้าได้จาก ชื่อเรื่อง หัวเรื่อง ชื่อหนังสือ ชื่อผู้แต่ง เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ (ISBN) เลขมาตรฐานสากลประจำวารสาร (ISSN) สำนักพิมพ์ และปีที่พิมพ์ สำหรับห้องสมุดในประเทศไทยสามารถสืบค้นได้จาก Thai Digital Collection (TDC) ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งของโครงการเครือข่ายห้องสมุดในประเทศไทย (Thai Library Integrated System: Thai LIS) ซึ่งเป็นเอกสารฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยของนักศึกษา อาจารย์ ที่รวบรวมจากมหาวิทยาลัยต่างๆ ทั่วประเทศ

2. แหล่งข้อมูลที่เป็นเอกสาร ตำรา วารสาร แหล่งข้อมูลเหล่านี้มักอยู่ในรูปของหนังสือที่พิมพ์เผยแพร่อย่างสม่ำเสมอ

3. แหล่งข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้น ซึ่งได้ศึกษาหาความรู้ในงานที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี

เทคนิคการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์¹¹

1. การสืบค้น (Searching)

1.1 การเตรียมคีย์เวิร์ด (Preparing your keywords) คำที่ใช้ในการสืบค้น

- ควรจะเป็นคำนาม (Noun)
- คำพ้องความหมาย คำเหมือนคำคล้าย (Synonym) เช่น Hypertension กับ High blood pressure หรือ woman female กับ lady girl เป็นต้น

1.2 การใช้เครื่องหมายช่วยในการสืบค้น (Wildcards)

- เครื่องหมาย * ใช้เพื่อละตัวอักษรตั้งแต่ 0 ตัวอักษรเป็นต้นไป เช่น manag* จะค้นหา manage หรือ manages หรือ manager หรือ management
- เครื่องหมาย “.....” ใช้ในการค้นตรงตามตัวที่พิมพ์ที่อยู่ใน “.....” เช่น “lung cancer” “stingless bee” “hard of hearing” เป็นต้น
- เครื่องหมาย (.....) ใช้ในการจัดลำดับการสืบค้นก่อนหลัง rabies AND (dog OR cat)

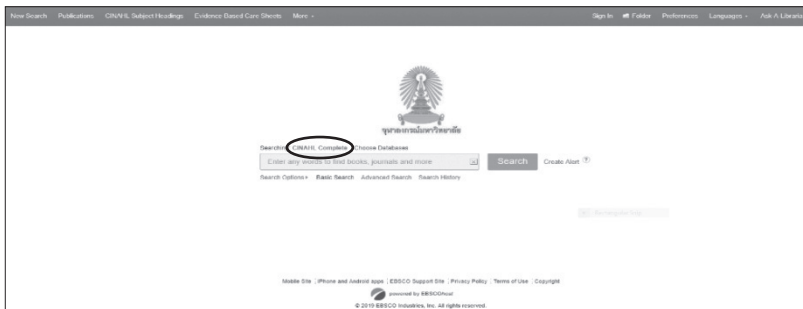
1.3 การสร้างเงื่อนไขเพื่อการสืบค้นโดยใช้ตัวเชื่อม (Operators)

- AND ใช้เพื่อให้ค้นหาคำทุกคำ เป็นการกำหนดคำสืบค้นให้แคบลง เช่น insulin AND diabetes ทั้ง insulin และ diabetes ต้องพบอยู่ในบทความเดียวกัน
- OR ใช้เมื่อต้องการค้นหาคำอย่างน้อยหนึ่งคำ ตัวอย่าง heart OR cardiac heart หรือ cardiac คำใดคำหนึ่งต้องปรากฏอยู่ในบทความ

- NOT ใช้เมื่อต้องการตัดคำที่ไม่ต้องการให้ค้นหาคำออก หรือในกรณีคำที่มีความหมายเฉพาะเจาะจง ทำให้ผลการสืบค้นแคบลง rabies NOT dogs rabies ซึ่งเป็นคำแรกต้องปรากฏในบทความ แต่คำที่สองคือ dogs ต้องไม่ปรากฏอยู่ในบทความ

1.4 วิธีการสืบค้น (Search methods)

- Basic search (วิธีการเบื้องต้น) เป็นการสืบค้นทุกเขตข้อมูล ผลลัพธ์การสืบค้นจะมีปริมาณมาก และกว้าง



- Advanced search (วิธีการขั้นสูง) เป็นการสืบค้นที่เลือกกำหนดเขตข้อมูลได้ สร้างเงื่อนไขที่ซับซ้อนได้ดี ปริมาณผลการสืบค้นไม่มาก และแคบกว่า Basic search

The screenshot shows the PubMed search interface. At the top, there's a navigation bar with links like 'New Search', 'Publications', 'CINAHL Subject Headings', 'Evidence Based Care Sheets', and 'More'. Below this, the 'Advanced Search' tab is selected. The search bar contains 'AND' and 'OR' operators. Below the search bar, the 'Search Options' section is visible, including 'Search Modes and Expanders' and 'Limit your results'.

2. การคัดกรองผลการสืบค้น (Refining your search result)

การคัดกรองผลการสืบค้นหรือจำกัดผลการสืบค้นให้แคบลงได้โดย

- การเพิ่มคีย์เวิร์ด (Adding more keywords)
- การเลือกหัวเรื่องที่ต้องการ (Choosing your subjects)
- การกำหนดปีที่พิมพ์ (Limiting a search by publication year)
- การกำหนดเขตข้อมูล (Specifying fields)
- ประเภทสิ่งพิมพ์ (Publication types)

ใช้รูปแบบการตั้งคำถามแบบ PICOT

- P - Patients/population or problem
- I - Intervention or treatments
- C - Comparison (อาจไม่ได้ใช้)
- O - Outcome
- T - Time

****หา Synonym ของแต่ละคำไว้ และเชื่อมแต่ละคำของ PICOT ด้วย AND**

3. การวิเคราะห์ผลการสืบค้น (Analyze results)

- การวิเคราะห์ผลการสืบค้นด้วยการจัดเรียงผลลัพธ์ (Sort results by) พิจารณาผลลัพธ์ที่ได้รับว่าสัมพันธ์ หรือตรงประเด็นกับเรื่องที่สืบค้น แล้วดำเนินการเก็บข้อมูล (save) หรือพิมพ์ออกมา

- ถ้าผลลัพธ์ที่ได้ไม่สัมพันธ์ หรือไม่ตรงประเด็นกับเรื่องที่สืบค้น ผู้สืบค้นควรตรวจสอบความถูกต้องของคำสำคัญที่กำหนดว่าถูกต้องหรือไม่

4. การจัดการผลการสืบค้น (Manage your results)

การจัดผลการสืบค้น อันได้แก่ ข้อมูลบรรณานุกรม (Bibliographic information) และเอกสารฉบับเต็ม (Full Text)

* การสั่งพิมพ์ (Printing)

* การใช้อีเมล (Email)

* การบันทึกข้อมูล (Saving)

- Folder : บันทึกข้อมูลที่สืบค้นได้ลง Folder ที่ตั้งชื่อตามฐานข้อมูลที่สืบค้นได้

- Dropbox : เป็นเครื่องมือที่ทำให้เราสามารถ เรียกใช้ไฟล์งานต่างๆ ของเราได้ทุกที่ทุกเวลา ไม่ว่าเราจะอยู่ที่แห่งไหน ใช้คอมพิวเตอร์ Notebook, PC หรือมือถือ เราก็สามารถเข้าถึงไฟล์งานของเราได้อย่างง่ายดาย และตรงกันเสมอ ไม่ว่าจะมีการเพิ่ม ลด แก้ไข ไฟล์ใดๆ ใน Folder ของ Dropbox

- Google drive : สามารถจัดเก็บข้อมูล ไฟล์เอกสาร ไฟล์รูปภาพ หรือไฟล์ประเภทต่างๆ ลงไปได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (จะต้องสมัคร Gmail ก่อน) ผู้ใช้จะสามารถเปิดดูไฟล์ต่างๆ นั้นที่ใดก็ได้บนอุปกรณ์ต่างๆ และยังสามารถเชิญผู้อื่นๆ เข้ามาดูไฟล์ของคุณได้ทาง Gmail

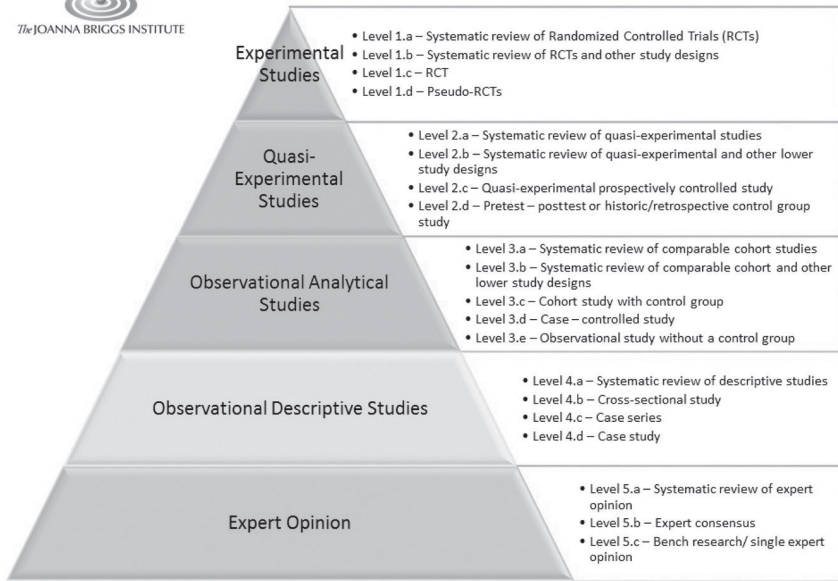
- OneDrive : พื้นที่เก็บข้อมูลในระบบคลาวด์ (Cloud) ซึ่งสามารถจัดเก็บ แชร์ และซิงค์ไฟล์งานของเราได้ในแบบออนไลน์ที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย เพียงมีบัญชีในระบบ Microsoft ผู้ใช้สามารถเปิดใช้งานได้ในทุกอุปกรณ์ไม่ว่าจะเป็น คอมพิวเตอร์ พีซี แท็บเล็ต แล็บท็อป หรือมือถือ และผู้ใช้สามารถเชิญผู้อื่นมาร่วมดู file ท่านได้

การคัดเลือกงานวิจัยตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

หลักในการประเมินคุณค่าความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับทีมผู้พัฒนางานเลือกใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันใด เช่น การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ของ Melnyk & Fineout ปี 2011¹² และ National Institute of Clinical Excellence

สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในปี 2565 คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้เห็นชอบเลือกใช้ในการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์จากสถาบัน The Joanna Briggs Institute ซึ่งมีความละเอียดในการจำแนกระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในปัจจุบันพบว่างานวิจัยมีความหลากหลายของระเบียบวิธีวิจัยมากขึ้น เนื่องจากปัญหาในคลินิกที่มีความซับซ้อน ร่วมกับข้อมูลทางสุขภาพที่มีความหลากหลาย ดังนั้นเพื่อความน่าเชื่อถือในการหาคำตอบจากปัญหาในคลินิก จึงเกิดรูปแบบงานวิจัยเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้ผู้ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์จึงต้อง update ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิทยาการวิจัยอยู่เสมอ เพื่อความถูกต้องชัดเจนในการจำแนกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ พร้อมนำไปใช้ในการพัฒนางานบริการทางการพยาบาลให้ทันสมัยอยู่เสมอ



ที่มา : <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>

การแบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ The Joanna Briggs Institute (2014)

ตารางที่ 1 ตารางแสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ Joanna Briggs Institute (2014)¹³

The JBI Levels of Evidence are: The New JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation are now being used for all JBI documents as of the 1st of March 2014.

Levels of Evidence – Effectiveness	
Level 1 – Experimental Designs	Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
	Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs
	Level 1.c – RCT
	Level 1.d – Pseudo - RCTs
Level 2 – Quasi - experimental Designs	Level 2.a – Systematic review of quasi - experimental studies
	Level 2.b – Systematic review of quasi - experimental and other lower study designs
	Level 2.c – Quasi - experimental prospectively controlled study
	Level 2.d – Pre - test – post - test or historic/retrospective control group study
Level 3 – Observational – Analytic Designs	Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies
	Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
	Level 3.c – Cohort study with control group
	Level 3.d – Case – controlled study
	Level 3.e – Observational study without a control group

→→



Levels of Evidence – Effectiveness	
Level 4 – Observational – Descriptive Studies	Level 4.a – Systematic review of descriptive studies
	Level 4.b – Cross-sectional study
	Level 4.c – Case series
	Level 4.d – Case study
Level 5 – Expert Opinion and Bench Research	Level 5.a – Systematic review of expert opinion
	Level 5.b – Expert consensus
	Level 5.c – Bench research / single expert opinion

ข้อสงสัยที่พบบ่อย (Frequently asked questions)

จากการเรียนรู้ในโครงการเชิงปฏิบัติการ Easy way for searching & pick-up evidence-based in nursing practice by PICOT

1. ผู้สืบค้นยังไม่ทราบว่า จะเข้าฐานข้อมูลไหน เพื่อค้นหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา
2. ไม่ทราบวิธีสืบค้น ทำอย่างไร ส่วนมากจะเริ่มค้นจาก google
3. การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ระบุ PICOT ไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วน
4. คำเชื่อม และเครื่องหมายช่วยในการสืบค้น ใช้ไม่ถูกต้อง (and, or, not) ทำให้ได้งานวิจัยมากเกินไปจนความจำเป็น หรือไม่ได้อ่านวิจัยเลย
5. ไม่ได้ระบุปีที่ต้องการค้นหา ทำให้ได้ข้อมูลงานวิจัยมากเกินไปจนความจำเป็น
6. การจัดการผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้สืบค้นไม่เข้าใจวิธีการจัดเก็บเอกสารหลังจากสืบค้นได้แล้ว ส่งผลให้ ทำการ save งานวิจัยรวมกันไว้ในหน้า Desktop เพียงอย่างเดียว เมื่อต้องการใช้ทำให้หาไม่พบ ใช้เวลานาน
7. ไม่เข้าใจวิธีการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์

บทสรุป

การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ หรือการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการกำหนดคำสำคัญ รวมถึงการใช้กระบวนการและกลยุทธ์ต่างๆ เป็นทักษะที่สำคัญของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลเข้าถึงข้อมูลที่น่ามาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานบริการพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูล รวมถึงได้ข้อมูลที่มีประโยชน์จริง และจัดการผลลัพธ์การสืบค้นทำการประเมินคุณภาพของหลักฐาน เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานบริการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. อรพรรณ โตสิงห์. การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ใน Clinical Nursing Practice Guideline การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (เล่ม 3) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์; 2557. หน้า 1 - 15.
2. Young JM, Ward JE. Evidence - based medicine in general practice: beliefs and barriers among Australia GPs. **J Eval Clin Pract** 2001; 7(2): 201 - 10.
3. Koivunen M, Valimaki M, Hotonen H. Nurses' information retrieved skills in psychiatric hospital are the requirements for evidence - based practice fulfilled? **Nurs Edu Practice** 2010; 10: 27 - 31.
4. Sackett D. "Evidence - based Medicine - What it is and what it isn't". **BMJ** 1996; 312: 71 - 72. Retrieved from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7023/71>
5. Stevens K. The impact of evidence - based practice in nursing and the next big ideas, **The Online Journal of Issues in Nursing** 2013; 18. Doi:10.3912/OJIN. Vol18No02Man04
6. Jordan Z, Lockwood C, Aromataris E, & Munn Z. The updated JBI model for evidence - based healthcare. The Joanna Briggs Institute. [Internet]. 2016 [cited 2019 May 30]. Available from: https://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf
7. The Iowa Model Collaborative. Iowa Model of Evidence - Based Practice: Revisions and Validation, **Worldviews Evidence - Based Nursing** 2017; 14: (3): 175 - 182. Doi:0.1111/ wvn.12223.
8. พงศ์ คำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการ และวิธีปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรี - วัน; 2551.
9. สายพิน เกษมกิจวัฒนา. กระบวนการพัฒนา Evidence - Based Practice. ใน อรพรรณ โตสิงห์, Evidence - Based Practice: มิติใหม่ของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล. โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน: นครปฐม; 2547. หน้า 1 - 13.

10. Stillwell, S. Asking the clinical question: A key step in evidence-based practice. **American journal of nursing** 2010; 110(3): 58 - 61.
11. เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ. การสืบค้นสารสนเทศสำหรับการหาหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก** 2549; 17(2): 37 - 51.
12. Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2011.
13. Joanna Briggs Institute. **JBİ Levels of Evidence 2014**. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf

ภาคผนวก จ
การสังเคราะห์งานวิจัยทางการพยาบาล
สำหรับการพัฒนา EB-CNPG



เพ็ญจันทร์ แจ่มใส,
MNS., RN.



เอมอร แสงศิริ,
PhD., APN.



วันนา จินดาเพิ่ม,
MNS., APN.

การสังเคราะห์ งานวิจัยทางการแพทย์ สำหรับการพัฒนา EB-CNPG

งานวิจัยทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพทางการแพทย์โดยเฉพาะความน่าเชื่อถือ (Validity) และความมั่นใจ (Ensure) ในการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ และเพื่อการประกันคุณภาพการให้บริการร่วมกับการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ในบทความนี้ คณะผู้พันธ์มีความตั้งใจให้อ่านได้ทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่าง การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์งานวิจัยทางการแพทย์ โดยเฉพาะการสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ในคลินิกต่อไป

การวิเคราะห์ (Analysis) และการสังเคราะห์ (Synthesis)

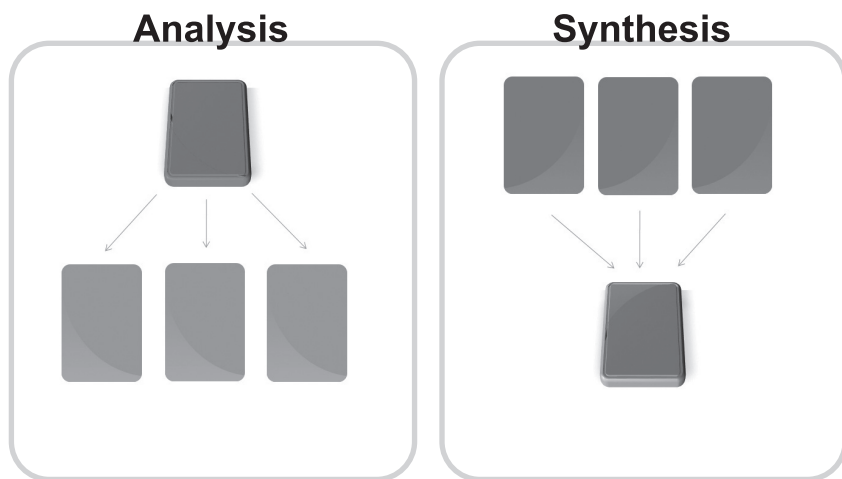
การวิเคราะห์ (Analysis) : การใคร่ครวญพิจารณาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยการแยกแยะออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้ง่ายต่อการจัดกลุ่มข้อมูลได้อย่างเป็นระบบ มีองค์ประกอบอะไรบ้างและมีความสัมพันธ์กันอย่างไร แล้วหาข้อสรุป เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

การวิเคราะห์งานวิจัย (Research analysis) : การนำเอาข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ จัดระเบียบแยกแยะส่วนต่างๆ เพื่อหาคำตอบตามประเด็นปัญหาการวิจัย และตามสมมติฐานที่ได้กำหนดไว้

การสังเคราะห์ (Synthesis) : กระบวนการบูรณาการปัจจัยต่างๆ ตั้งแต่สองปัจจัยขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งคน สัตว์ สิ่งของ รวมทั้งเหตุการณ์ และสิ่งที่อยู่ในรูปของแนวคิด เข้ามาเป็นองค์ประกอบร่วมกัน เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่หรือเกิดปรากฏการณ์ใหม่

การสังเคราะห์งานวิจัย (Research synthesis) : การนำผลงานวิจัย ตั้งแต่ 2 ชิ้นขึ้นไป มาบูรณาการโดยมีจุดประสงค์ เพื่อหาจุดเด่นจุดด้อยในแต่ละขั้นตอนของงานวิจัย และนำผลการวิจัยทั้งหมดมาหาข้อสรุปร่วมกันในเรื่องที่ศึกษา โดยเป็นการพัฒนาต่อยอดจากผลงานวิจัยเดิม เป็นกระบวนการสร้างองค์ความรู้จากผลงานวิจัยที่ทำมาในอดีต การสังเคราะห์งานวิจัย มีขอบเขตการดำเนินงานครอบคลุมในเรื่องต่างๆ ได้แก่ (1) การสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี หลักการ (2) การสังเคราะห์ระเบียบวิธีวิจัย และ (3) การสังเคราะห์ข้อค้นพบจากผลงานวิจัย

(วัชร เล่าเรียนดี และคณะ, 2560 ; เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติกัจ, 2561)



แผนภาพที่ 1 | ความแตกต่างระหว่างการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความหมายของการวิเคราะห์ และการสังเคราะห์งานวิจัย (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ, 2561)

การวิเคราะห์งานวิจัย (Analysis)	การสังเคราะห์งานวิจัย (Synthesis)
1. การแบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนๆ เพื่อให้ง่ายต่อการจำแนก และจัดกลุ่มข้อมูล	1. การบูรณาการโครงการวิจัยเดี่ยวหลายโครงการในประเด็นเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน
2. เป็นการจัดระบบ และเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ และความหมาย หรือหลักการที่แฝงอยู่	2. การจัดระบบข้อมูลใหม่ให้ได้ความหมาย หรือหลักการใหม่จากผลของการบูรณาการโครงการวิจัยหลายโครงการรวมกัน

ขั้นตอนในการสังเคราะห์งานวิจัย
สำหรับนำไปพัฒนา EB-CNPG

จากการทบทวนการสังเคราะห์งานวิจัย ได้มีนักวิชาการนำเสนอขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งมีทั้ง 5 ขั้นตอน และ 7 ขั้นตอน (Wongwanit, 2002; เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกัจ, 2561; สัญญา เคนาภูมิ, 2562) สำหรับการพัฒน EB-CNPG ในที่นี้ คณะผู้นิพนธ์ได้รวบรวมเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมดังนี้

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่จะทำการสังเคราะห์ (Problem formulation)
2. การรวบรวมข้อมูล (Data collection)
3. การประเมินประเด็นสำคัญ (Evaluation of data points)
4. การสังเคราะห์งานวิจัย (Synthesis)
5. การนำเสนอผลการวิจัย (Presentation of results)

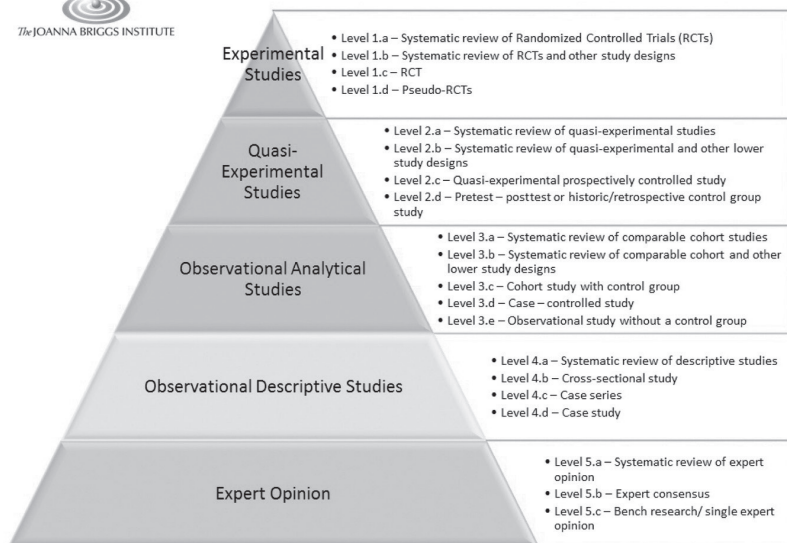
1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่จะทำการสังเคราะห์ หรือคำถามการวิจัย (Problem formulation)

การดำเนินการสังเคราะห์งานวิจัย ต้องเริ่มต้นที่การกำหนดประเด็นที่จะทำการสังเคราะห์ เพื่อเป็นเครื่องมือชี้ทางสำหรับผู้สังเคราะห์งานวิจัย ในการสืบค้นข้อมูล หรือโครงการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการระบุประเด็นปัญหา หรือคำถามการวิจัย ต้องเฉพาะเจาะจง ชัดเจน และอาจเลือกสังเคราะห์บางหัวข้อ เช่น การสังเคราะห์ส่วนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรม อาจค้นพบว่าใช้แนวคิดคล้ายกัน หรือเก่าเกินไป มีแต่อ้างอิงในเล่มเดิมๆ หรืออ้างอิง website ซึ่งไม่นิยมใช้ เป็นต้น รวมถึงการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ทั้งนี้ นิยมสังเคราะห์ทุกหัวข้อ หรือทุกมิติ เพราะต้องการนำไปใช้ประโยชน์ให้กว้างขวาง

2. การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

เมื่อได้คัดเลือกแล้ว มีโครงการวิจัยใดที่เกี่ยวข้องกับงานที่ต้องการสังเคราะห์บ้าง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้มาโดยตรงจากปัญหา หรือคำถามการวิจัย ในขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูล ประเด็นที่ต้องคำนึงถึง คือ การคัดเลือกงานวิจัยตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นสำคัญ

หลักในการประเมินคุณค่าความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับทีมผู้พัฒนางาน ตัดสินใจเลือกใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ของสถาบันใด สำหรับการพัฒนา EB-CNPG ในปี 2565 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เลือกใช้การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ จากสถาบัน The Joanna Briggs Institute guides ที่เผยแพร่เมื่อ มีนาคม 2014 (The Joanna Briggs institute, 2014) โดยมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 และตารางที่ 2



แผนภาพที่ 2 | The Joanna Briggs institute levels of evidence for effectiveness
(The Joanna Briggs institute, 2014) <https://doi.org/10.1111/wvn.12094>

ตารางที่ 2 ตารางแสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบัน JBI

Levels of Evidence - Effectiveness	
Level 1 – Experimental Designs	Level 1 a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)
	Level 1 b – Systematic review of RCTs and other study designs
	Level 1 c – RCT
	Level 1 d – Pseudo-RCTs
Level 2 – Quasi-experimental Designs	Level 2 a – Systematic review of quasi-experimental studies
	Level 2 b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs
	Level 2 c – Quasi-experimental prospectively controlled study
	Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study
Level 3 – Observational – Analytic Designs	Level 3 a – Systematic review of comparable cohort studies
	Level 3 b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs
	Level 3 c – Cohort study with control group
	Level 3 d – Case – controlled study
	Level 3 e – Observational study without a control group
Level 4 – Observational – Descriptive Studies	Level 4 a – Systematic review of descriptive studies
	Level 4 b – Cross-sectional study
	Level 4 c – Case series
	Level 4 d – Case study
Level 5 – Expert Opinion and Bench Research	Level 5 a – Systematic review of expert opinion
	Level 5 b – Expert consensus
	Level 5 c – Bench research/ single expert opinion

ที่มา : <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.011>

คณะผู้นิพนธ์ ขอแนะนำเทคนิคการอ่านวิจัยที่จะช่วยให้ทีมพัฒนา EB-CNPG สามารถคัดเลือกงานวิจัยได้อย่างรวดเร็วและดึงสาระสำคัญของวิจัยเพื่อนำมาสังเคราะห์ในลำดับต่อไปได้อย่างครอบคลุม

เทคนิคการอ่านงานวิจัย (Type of reading) (Gordana, 2021; อมฤตา โอมณี, 2558)

1. Skimming (Main points) : newspaper, magazine, travel brochure เป็นเทคนิคการอ่านเนื้อหาทั้งหมดแบบคร่าวๆ เพื่อค้นหาใจความสำคัญของบทความนั้นๆ ว่าเกี่ยวกับอะไร สามารถทำได้ทั้งการอ่านข้อความเป็นจุดๆ เช่น การอ่าน 2-3 คำแรก หรือ 2-3 ประโยคแรกแล้วข้ามบรรทัดไป หรืออ่านเฉพาะประโยค และวลีสำคัญ ประกอบกับกวาดสายตาดูบริบท หรือเนื้อหาโดยรวม วิธีนี้ช่วยประหยัดเวลาในการอ่าน โดยที่เราไม่ต้องเสียเวลาอ่านรายละเอียดตลอดทั้งเรื่อง

2. Scanning (Specific information) : Conference guide, a train / Airplane schedule เทคนิคนี้เป็นการกวาดสายตาอ่านผ่านๆ เพื่อค้นหาข้อมูลเฉพาะ และเพื่อจับประเด็นที่เราต้องการ เช่น ชื่อคน ตัวเลข วันที่ เวลา สถานที่ ศัพท์เฉพาะ คำสำคัญบางคำ โดยไม่ต้องอ่านข้อความ หรือประโยคทั้งบรรทัด จุดประสงค์ของการอ่านชนิดนี้ เพื่อหาข้อมูลบางอย่างเท่านั้น เช่น การดูตารางเวลาเรียน ดูเวลาเที่ยวบิน

3. Extensive (Overall understanding) : magazine articles, a novel การอ่านลักษณะนี้ เป็นการอ่านแบบต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าใจเรื่องราว และใจความสำคัญของเรื่องที่อ่าน ไม่ใช่การอ่านแบบ Focus ที่คำศัพท์แต่ละคำ หรืออ่านไปแปลไปทีละคำ เป็นการอ่านให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เน้นความเข้าใจภาพรวม และค้นหาคำศัพท์เฉพาะ เมื่อเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเข้าใจเนื้อความ

4. Intensive (Detailed information / Precise understanding) : an insurance claim, a contract, a bookkeeping report เทคนิคสุดท้าย เน้นการแยกแยะข้อความอย่างสมบูรณ์ โดยมีเป้าหมายในการดูดซับความหมายให้มากที่สุด เพื่อการหาข้อมูลเชิงพินิจพิเคราะห์ และละเอียดถี่ถ้วน เพื่อความถูกต้อง ความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับความคิดและเหตุผลของผู้เขียนในเกือบทุกแง่มุม หรือทุกขั้นตอน การอ่านชนิดนี้ มักให้ความสำคัญในเรื่องของความเข้าใจในสิ่งที่อ่านมากกว่าความเร็ว

3. การประเมินประเด็นสำคัญ (Evaluation of data points)

เป็นการประเมินคุณภาพของแต่ละงานวิจัย ซึ่งโดยทั่วไป จะพิจารณาในประเด็นเกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอผลการศึกษา พร้อมข้อสรุปที่ได้

การประเมินประเด็นสำคัญของวิจัยที่คัดเลือกมา คณะผู้นิพนธ์ ขอนำเสนอตารางอย่างง่ายที่ช่วยให้ผู้อ่านสามารถรวบรวมสาระสำคัญของแต่ละงานวิจัยได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ การประเมินประเด็นสำคัญของงานวิจัยนั้นๆ ผู้ประเมินจำเป็นต้องกำหนดหัวข้อที่ต้องการ โดยคำนึงถึงสาระสำคัญที่ต้องการดึงจากงานวิจัย และสอดคล้องกับบริบทของงานที่ต้องการ

ตัวอย่างตารางการวิเคราะห์งานวิจัย

หัวข้อ (อาจมีการปรับให้เหมาะกับบริบทของงาน)	เนื้อหา
ชื่อผู้วิจัย / ปีที่ตีพิมพ์	
ชื่อเรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	
วัตถุประสงค์การวิจัย	
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	
Setting ของงานวิจัย	
ระเบียบ / ระดับของงานวิจัย	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
ผลการวิจัย	
การประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้	
การสรุปเพื่อการนำไปใช้	

ตัวอย่างการวิเคราะห์งานวิจัย

No	Author Journal / Thesis	Title	Variables / Tools	Design	Finding	Remark
1	Hoyer, S., & Pokorn. D. (1998) Journal of Advanced Nursing 27, 1250 – 1256.	The influence of various factors on breast – feeding in Slovenia	Variables - ระยะเวลาของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ปัจจัยส่วนบุคคลของลูก และแม่ Tools - แบบสอบถาม	แม่ และลูก อายุ 15 เดือน จำนวน 881 คู่ - Survey - Descriptive - Chi-square - t-test - Regression	- ในขณะทำการศึกษายังมีแม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ร้อยละ 4.3 และแม่ที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีร้อยละ 2.5 - ระยะเวลากาลของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ ระยะเวลา 5 เดือน - การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความล้มเหลวในการจัดการกับปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีอิทธิพลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ - ปัจจัยที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ ภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโต และการพัฒนาของลูก - ปัจจัยที่ขัดขวางการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือ การทำงานนอกบ้านของแม่ การเจ็บป่วยของแม่ และลูก ขาดแรงสนับสนุนจากสังคม - เหตุผลที่หยุดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คือน้ำนมแม่มีน้อย ลูกปฏิเสธการดูดนม ความเหนื่อยล้า และการทำงานนอกบ้านของแม่	ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก่บุคลากรด้านสุขภาพทุกฝ่าย เพื่อช่วยสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้แม่มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง สามารถจัดการแก้ไขปัญหาละเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

No	ชื่อเรื่อง / ผู้วิจัย / ปี	ประเด็นที่ศึกษา	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการวิจัย	สรุปผลการวิจัย	ประเด็นที่สามารถพัฒนาต่อได้
2	Injection sites lipohypertrophy among type 2 diabetes of different grade hospitals 2016 Fei, L., Shi, F., & et al.	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิด lipohypertrophy (LH) ในบริเวณที่ฉีดยาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 736 คน ที่เกิด LH จากการได้รับการรักษาโดยการฉีด insulin อยู่ระหว่าง 18-80 ปี มีดัชนีมวลกาย (BMI) $\geq$ 18.5 และต้องมีการฉีด insulin มากกว่า 1 ปี จากโรงพยาบาล 10 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาล ระดับต่างๆ ดังนี้ ระดับปฐมภูมิ 3 แห่ง ระดับทุติยภูมิ 3 แห่ง ระดับตติยภูมิ 4 แห่ง ในประเทศไทย	การวิจัยเชิงสำรวจ Level of evidence: 5	ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิด LH คือ 1. ระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน 2. การหมุนเวียนตำแหน่งในการฉีด insulin 3. ระยะเวลาที่ใช้ในการฉีด insulin ในแต่ละครั้ง 4. พบว่า cost ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เกิด LH จะสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เกิด LH	1. ศึกษาเพิ่มเติมถึงการหมุนเวียนตำแหน่งในการฉีด insulin และระยะเวลาที่ใช้ในการฉีด insulin ในแต่ละครั้งที่เหมาะสม 2. การให้คำแนะนำผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โดยการฉีด insulin ควรแนะนำเป็นรายบุคคล ไม่ควรใช้การบรรยายโดยรวม 3. การป้องกันการเกิด LH จะช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

4. การสังเคราะห์งานวิจัย (Synthesis) มีหลักการสำคัญ คือ

- สรุปผลการศึกษาของโครงการวิจัยที่เลือกไว้สำหรับการสังเคราะห์ รวมทั้งลักษณะสำคัญต่างๆ ของแต่ละโครงการ
- หาประเด็นสำคัญ และแนวเรื่องของแต่ละโครงการ นำมาแยกแยะจัดกลุ่ม
- วิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมาย เพื่อให้ได้ข้อค้นพบของแต่ละหมวดหมู่
- สังเคราะห์ หรือบูรณาการข้อค้นพบของแต่ละหมวดหมู่เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพรวม พร้อมทั้งวิเคราะห์ ตีความ และให้ความหมายใหม่ หรือขยายความหมายเพิ่มเติม

สาระสำคัญที่ได้จากแต่ละงานวิจัย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ประเมินงานวิจัย จะต้องอ่านทบทวน คิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ดึงมาว่ามีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องและก่อให้เกิดประโยชน์อย่างไรต่อการพัฒนางาน EB-CNPG โดยพิจารณา ร่วมกับทีมคณะทำงาน ในการเขียนร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกร่วมกัน

5. การนำเสนอผลการสังเคราะห์งานวิจัย (Presentation of results)

ประกอบไปด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา กลวิธีในการสืบค้น วิธีการจัดการข้อมูล ผลการสังเคราะห์ สรุป และอภิปรายผล เมื่อได้ข้อสรุป สาระสำคัญของการสังเคราะห์งานวิจัยแล้ว ทีมผู้พัฒนางาน EB-CNPG นำมาหมวดทุกประเด็น เป็นเรื่องเดียว หรือจัดกระทำทุกประเด็นที่นำเสนอมาทุกข้อให้เป็นประเด็นใหญ่ประเด็นเดียว หรือมีประเด็นไม่มาก หรือเรียกว่าเป็นองค์ประกอบใหญ่ องค์ประกอบเดียว หรือเป็นสารสนเทศก้อนเดียว ยกตัวอย่าง ผู้สังเคราะห์อาจนำรูปแบบของการจัดวางประเด็นข้อมูลการสังเคราะห์ ทั้งตามลักษณะ องค์ประกอบ ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ลักษณะเชิงกระบวนการ ลักษณะเชิงระบบ ลักษณะเชิงผลลัพธ์ (Outcome) ฯลฯ มาร้อยเรียงเรียบเรียงเป็นเรื่องเกี่ยวโยงอันเดียวกัน เป็นต้น

สรุปสาระสำคัญของการสังเคราะห์งานวิจัย (สัญญา เคณากุมิ, 2562)

1. การนำแนวคิด ทฤษฎีในหัวข้อเรื่องเดียวกัน มาสรุปให้เห็นเป็นแนวคิด ทฤษฎี ตัวแบบใหม่ขึ้นมา
2. การสังเคราะห์ผลงานวิจัย ตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไปในหัวข้อเรื่องเดียวกัน
3. จุดประสงค์ เพื่อหาข้อสรุปร่วมจากผลงานวิจัยต่างๆ ในหัวข้อเรื่องที่ศึกษา
4. การมุ่งหาข้อสรุปหรือข้อเสนอแนะทั่วไปในหัวข้อที่ศึกษา
5. การค้นหาความเป็นจริงของปรากฏการณ์ร่วม รวมถึงการนำข้อสรุปร่วม หรือต้นแบบใหม่ไปทดลอง เพื่อหาความจริงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- เบญจยา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติคจ์. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์. *การสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์: ทฤษฎีและตัวอย่าง*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรรา เล่าเรียนดี และคณะ. (2560). *กลยุทธ์การจัดการเรียนรู้เชิงรุกเพื่อพัฒนาการคิดและยกระดับคุณภาพการศึกษาสำหรับศตวรรษที่ 21*. นครปฐม : เพชรเกษมพรินต์ติ้ง กรุ๊ป.
- สัญญา เคนาภูมิ. (2562). หลักการและแนวทางการสังเคราะห์งานวิชาการ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 3(2), 89-106.
- อมฤตา โอมนี. (2558). *การใช้วิธีการอ่านแบบกว้างขวาง ในการพัฒนาสมรรถนะการอ่านภาษาอังกฤษ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทักษะและนิสัยการอ่านภาษาอังกฤษ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Binbai. S. (2016). การสังเคราะห์งานวิจัย. from <https://drsumaiinbai.fies.wordpress.com>. Retrived January 12, 2021. [In Thai]
- Gordana. S. (2021). Main Types of Reading Skills & Reading Comprehension Tips. from <https://unifyhighschool.org>. Retrived January 12, 2021.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved May 1, 2016 from <http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>
- Valentine, J. C. & Cooper, H. (2009). *The Handbook of research synthesis and meta-analysis*. Russell Sage Foundation. New York.
- Wongwanit, S. (2002). A synthesis of needs assessment techniques used in students' theses of Faculty of Education, Chulalongkorn University. *Journal of Research Methodology: JRM*. 15(2), 255-277. [In Thai]

(A

Admission.....71
Admit20, 69, 72, 76, 77, 79
Advanced search.....186
AGREE II32, 59, 81, 105, 130,
155, 165, 168, 169
AGREE-REX.....32, 58, 80, 104,
129, 155, 165, 168
Analysis.....198, 200
Assessment.....16, 17, 24, 26, 27,
32, 35, 36, 47, 54, 59, 71,
80, 81, 101, 102, 105, 127, 129,
130, 137, 140, 155
Asthma69, 71

Bowel Preparation 61, 64, 65, 66,
73, 78, 79

Cancer Patients.....	38, 54
Caregiver.....	20
Clinical Nursing Practice Guideline.....	1, 3, 10, 37, 61, 108, 195
colonoscopy.....	61, 65, 78, 79
Contributing factors.....	141
COPD.....	69, 71, 90
Critical care.....	159

dermatitis 132, 152

Diabetes mellitus 90

EB-CNPG 1, 7, 31, 51, 58,
76, 80, 104, 149, 154, 161, 162, 163,
164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 197,
201, 202, 205, 212, 213

Electronic database..... 181

Emergency Department 10, 17, 24,
25, 26, 27, 36

Emergency Severity Index.....15

EMR 16, 20, 28, 125

ensure..... 198

ET nurse 147

Evaluation24, 201, 207

Evidence..... 1, 7, 152, 157, 164,
172, 176, 177, 178, 179,
180, 192, 195, 196, 203

Extensive..... 206

Fall.....8, 16, 24, 25, 26, 27, 35,
36, 54, 55, 56, 160
fall prevention 10, 25, 38
Flow 21, 50, 75, 97, 123, 148, 165

GRADE 168, 172

HbA1C.....	118
health outcome.....	164
heparin.....	120
High risk.....	138, 143, 144, 146, 147, 149, 154
Holding area.....	16, 17, 19, 29, 90
Hospital acquired pressure ulcer.....	86
Hypoglycemia.....	8, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 160
Hypothermia.....	94

I

IAD8, 132, 133, 134, 135,
137, 138, 143, 160
Incontinence Associated
Dermatitis 133
Incontinence-Associated
Dermatitis 132, 135, 136, 137,
142, 144, 147, 152
Insulin 118
Intensive 152, 207
Intraoperatively acquired
pressure ulcer86
IPD44, 53, 74

J

JBI..... 152, 163, 172, 178, 191,
192, 195, 196, 203

K

Keyword 181

M

Malnutrition90
Mild IAD 138, 143, 146, 149, 154
Moderate IAD 143, 147

N

Neuro 159
Non-Trauma 16, 17, 19, 29
NPO 118
NPUAP 87, 91, 95, 99, 103
Nursing admission database95, 96
Nursing care 132

O

O₂ Sat 114
Obesity90
OPD8, 74, 160
OR 8, 94, 100, 160, 185, 186

P

Panel discussion 32, 33, 58, 80,
82, 104, 106, 129, 155,
156, 166, 167
patients24, 55, 85, 101, 102,
108, 127, 128, 132, 211
PEG 64, 70, 74, 80
Performance Check List27, 56,
79, 102, 128, 153, 165, 170
Petrolatum 146
PICOT14, 66, 112, 162, 164,
165, 174, 177, 181, 187, 188, 193
Pilot study 22, 51, 76, 98, 99,
124, 125, 149, 165, 170
Plasma Glucose 109
POCT glucose 117, 119, 120
Pressure injury85, 91, 95, 99, 101, 103
prevent 101, 132
Prevention24, 53, 85, 101, 102
PROTOCOL 101, 102, 179

Q

Quality8, 24, 25, 26, 32,
47, 54, 55, 59, 65, 66,
73, 76, 80, 105, 130, 155

R

Refer20
Reorient 44, 47, 52, 57
Respiratory care 159
Resuscitation 16, 17, 19
Revised 161, 162
Root Cause Analysis 11

INDEX

S

saline lock..... 120
 Scanning..... 206
 Scrub nurse94
 Searching..... 174, 184, 193
 Skimming..... 206
 Skin barrier cream..... 146, 149, 154
 surgery85, 101, 102, 181
 Synonym 185, 188
 Synthesis 152, 198, 199, 200, 201, 212

T

The Joanna Briggs Institute..... 163, 189,
 191, 202, 214
 Trauma..... 16, 17, 19, 29
 TRC model..... 161, 162, 173

U

undergoing.....78, 85

V

validity 198
 Vascular disease.....90
 Vaseline cream..... 145, 147, 149, 154
 vein push 120

W

Ward officer.....19, 30

Z

Zinc oxide..... 146

คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ที่ปรึกษา



พว. ชุตินา ปานเด
ผู้ตรวจการพยาบาลงานวิจัย
และพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาล



พว. เวลาสรี เสจี่ยม
หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



ดร. พว. จิตรา จันชนะกิจ
ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล
ด้านวิจัยและนวัตกรรม

ประธาน-รองประธาน



พว. ดรุณี ผดุงเพียร
รองประธาน



ดร. พว. เอมอร แสงศิริ
ประธาน



พว. ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์
รองประธาน

ทีมเลขานุการ



พว. วนา จินดาเพิ่ม



พว. กนกวรรณ เกษะประกร

ทีมคณะกรรมการ



พว. พัฒนนิษฐ์ กลิ่นมาลี



พว. แกมมณี พันธุนาถวิริยกุล



พว. วิไล ถวิลวิสาร



พว. จารุยา ชปารังษี



พว. เพ็ญจันทร์ แจ่มใส



พว. สมพงษ์ จินจุฬ

ทีมคณะกรรมการ



พว. สมคิด ทองดี



พว. สุภัดา โกเมนไทย



พว. กมลทิพย์ ลีลารนาพัฒน์



พว. มณีนุญา ชุมพล



พว. สงบ ลุ่มพวง



พว. ศรีจันทร์ เวชศิลป์

บรรณาธิการ



ดร. พว. เอมอร แสงศิริ

ทีมกองบรรณาธิการ



พว. วิไล ถวิลวิสาร



พว. ดรุณี ผดุงเพียร



พว. ศิริวรรณ เครือวิริยะพันธ์



พว. วนนา จินดาเพิ่ม



พว. สมคิด ทองดี



พว. เพ็ญจันทร์ แจ่มใส

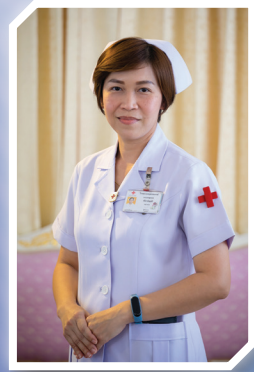
ทีมกองบรรณาธิการ



พว. ชูาน์ลัดฐ รัตยง

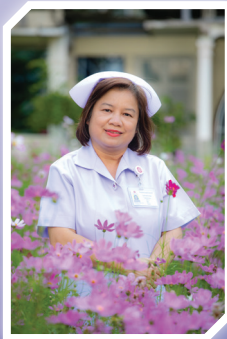


พว. มนัญญา ชุมพลา

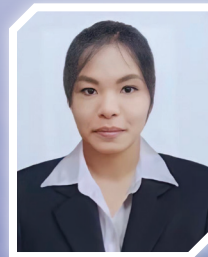


พว. กาญจนา เพียรบุญญิตติ

ทีมตรวจสอบ รายการอ้างอิง APA และพิสูจน์อักษร



พว. กนกวรรณ เกษะประกาส

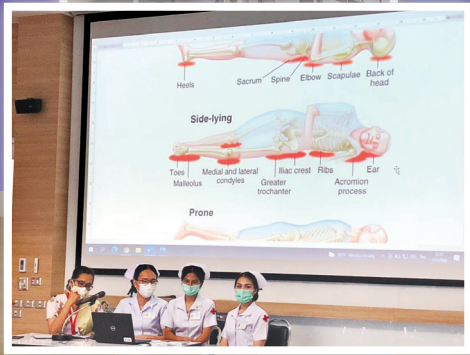
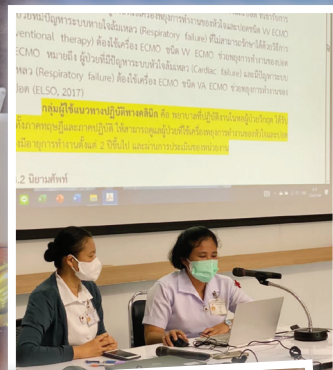


นางสาวนิสากรีย์ เรืองศิริ



ผู้นิพนธ์







ปีงบประมาณ EB-CNPG for specific disease 2025

2-3 ธันวาคม 2564
อาคารภูมิสิริฯ ชั้น 12 ห้อง 1209

2 ธค. 64 : 09.00-10.30
Knowledge Sharing: KS

 ดร. สิตตากร สุทธสารศรี พิเศษ	 ดร. กมลรัตน์ กิ่งแก้ว ศัลยกรรมกระดูก	 ดร. ธารณัฐ เกียรติกิจ กุมาร	 ดร. สรณรัตน์ สรณรัตน์ สูติศาสตร์
-------------------------------------	---	------------------------------------	---

10.30-16.00
Overview
EB-CNPG Chula TRC model

 ดร. เอมอง แสวยุติ	 ดร. วนานา ชินดาชัย
-----------------------	------------------------

3 ธค. 64
08.30-16.00

Workshop for develop EB-CNPG

อาคารรัตนวิทย์พัฒน์ ชั้น 3 ห้อง 303 & 309

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ฐานเชิงประจักษ์
ร่วมด้วย ศูนย์พัฒนาวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล





ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล และ
คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ชมผลงานได้ที่

ติดต่อ



ศูนย์พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมการพยาบาล
อาคารรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 2 ห้อง 210
ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กทม. 10330
MAIL : rincu.brc@gmail.com
PHONE : 02-256-4000 EXT. 60249-51

